



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Intervenções Psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com as Famílias da Pessoa com Psicose**

**Beatriz Silva Ascensão**

**Orientação: Professora Paula Leal**

**Mestrado em Enfermagem em Associação**

**Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Relatório de Mestrado em Enfermagem**

**Setúbal, 2019**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Intervenções Psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com as Famílias da Pessoa com Psicose**

**Beatriz Silva Ascensão**

**Orientação: Professora Paula Leal**

**Mestrado em Enfermagem em Associação**

**Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Relatório de Mestrado em Enfermagem**

**Setúbal, 2019**

“Pessoas com muita perícia conseguem um ritmo veloz, mas é inadequado percutir os tambores de forma precipitada. Quando se tenta percutir demasiado rapidamente, perde-se o ritmo. Claro que lentidão excessiva também é inconveniente. As pessoas realmente hábeis nunca perdem o ritmo, agem sempre com determinação e nunca parecem apressadas. Através destes exemplos, podeis vislumbrar-se o caminho.”

(Musashi, 2002, p.102)

## AGRADECIMENTOS

Certo dia disseram-me que sozinha poderia ir depressa, mas que acompanhada chegaria mais longe e por isso, agradeço às pessoas que contribuíram para que chegasse mais longe.

À Docente Orientadora Paula Leal, por me ensinar desde cedo a usar a minha carapaça como escudo, a crescer dentro dela enquanto chovia lá fora e a não me inibir de rompê-la quando surgisse o desejo de crescer à luz do sol. Agradeço-lhe por ter acreditado no meu potencial e por em dias soalheiros lembrar-me que ao romper a carapaça, recolhi os seus bocados e integrei-a na pessoa que sou hoje.

Ao Enfermeiro Orientador Mário Rosmaninho, por me trazer de volta à Terra quando as minhas ambições queriam tocar a Lua, por me ensinar a fazer pontaria às estrelas certas para mim ao som das suas músicas e inspirada pelo seu exemplo. Agradeço-lhe por tudo isto e por no final de cada meta cortada, elogiar-me pelo céu estrelado que consegui alcançar.

Ao meu amor, desta e das outras vidas, por ser a calma das minhas tempestades, o meu eterno refúgio em forma de abraço que me nutre de energia, a minha maior motivação embrulhada em mil e uma surpresas seladas com o seu sorriso. Agradeço-lhe por nunca me ter deixado cair, pela presença constante na primeira fila e pelo orgulho com que aplaude cada feito meu, lembrando-lhe que as vitórias são minhas, mas as conquistas serão eternamente nossas.

À minha família, por me ter ensinado desde cedo a sonhar alto, a não temer as alturas e acreditar que por muito que o vento sopra nunca será tão forte quanto os motivos que me fazem querer voar. Agradeço-lhe por me mostrarem que por muitos longos que possam ser os meus voos tenho sempre junto dela o ninho mais reconfortante onde ficar.

Às minhas amigas, por serem a claqué mais fervorosa em todas as partidas que entro para ganhar, por serem as vozes que soam mais alto no meio da multidão ao motivarem-me e por expulsarem-me de campo quando ultrapasso os limites de velocidade do meu corpo e mente. Agradeço-lhes por apostarem sempre em mim e trazerem orgulhosamente ao peito o símbolo da nossa amizade.

## RESUMO

A vivência de transtornos psicóticos acarreta sofrimento para a pessoa com doença mental e família. As intervenções psicoeducativas são eficazes para colmatar a necessidade de informação e apoio emocional das famílias e a sua implementação integra o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O presente relatório de Estágio objetiva refletir sobre a importância das intervenções psicoeducativas em Enfermagem de Saúde Mental Psiquiátrica e descrever reflexivamente a aquisição de competências no Mestrado. O relatório baseia-se na Metodologia de Projeto e recorreu-se à Revisão Sistemática da Literatura para reunir evidência científica e elaborar uma proposta de cuidado acerca do fenómeno. A implementação de intervenções psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promove o aumento de conhecimentos e desenvolvimento de estratégias adaptativas das famílias das pessoas com psicose. As metodologias adotadas possibilitaram a consecução dos objetivos propostos para o presente relatório.

**Palavras-chave:** Psicoeducação, transtornos psicóticos, enfermagem psiquiátrica



## ABSTRACT

The experience of psychotic disorders brings suffering to the person with mental illness and his family. Psychoeducational interventions are effective to address families' need for information and emotional support and their implementation integrates the Regulation of Specific Competencies of the Nursing Specialist in Mental and Psychiatric Health Nursing. The present Internship report aims to reflect on the importance of psychoeducational interventions in Mental Health Nursing and to describe reflexively the acquisition of competences in the Masters. The report is based on the Project Methodology and the Systematic Review of Literature was used to gather scientific evidence and elaborate a proposal of care about the phenomenon. The implementation of psychoeducational interventions by the Nursing Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing promotes the increase of knowledge and development of adaptive strategies of the families of people with psychosis. The adopted methodologies enabled the achievement of the objectives proposed for this report.

**Key words:** Psychoeducation, Psychotic disorders, Psychiatric Nursing

## ÍNDICE DE APÊNDICES

**Apêndice 1** - Síntese dos artigos selecionados para a RSL.....CXXXV

**Apêndice 2**- Resumo Artigo Científico: As Intervenções Psicoeducativas de Enfermagem de  
Saúde Mental e Psiquiátrica com as famílias das pessoas com psicose .....CXXXIX

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura n.º 1-** *Model Evidence-based Health Care* (Jordan et al., 2018,p.3) ..... 60

**Figura n.º 2-** Processo de seleção dos artigos a incluir na RSL – *PRISMA Flow Diagram*  
(adaptado de PRISMA Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analyses, 2015)  
..... 63

**Figura n.º 3** - Síntese de dados: resultados dos artigos incluídos na RSL ..... 66



## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro n.º 1-</b> Sintomas apresentados pela pessoa com psicose.....	21
<b>Quadro n.º2-</b> Fases constituintes dos GPMF (Mcdonell, et al., 2006, McFarlane, 1991, McFarlane 2002, Yacubian & Neto, 2001) .....	35
<b>Quadro n.º 3-</b> Caracterização da produção hospitalar e padrões de morbilidade relativos a psicose em Portugal Continental entre 2010 e 2014 (Direção Geral da Saúde, 2016, p.38).....	54
<b>Quadro n.º 4-</b> Síntese dos resultados e objetivos dos artigos incluídos na RSL .....	64
<b>Quadro n.º 5-</b> Diagnósticos de Enfermagem das famílias das pessoas com psicose formulados de acordo com CIPE versão 2015 (International Council of Nurses, 2016) .....	70
<b>Quadro n.º 6-</b> Sessões planeadas e intervenções psicoeducativas a implementar pelo EEESMP com as famílias da pessoa com psicose .....	73

## LISTA DE ABREVIATURAS

p. – página

n.º- número

## LISTA DE SIGLAS

AESES- Associação entre Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde

APA – *American Psychological Association*

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem

CLE- Curso de Licenciatura em Enfermagem

DGS- Direção Geral da Saúde

EC- Ensino Clínico

ECTS – *European Credit Transfer System*

EE- Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESS- Escola Superior de Saúde

GPMF- Grupos Psicoeducativos Multifamiliares

ILD- Injetáveis de Longa Duração

IPB – Instituto Politécnico de Beja

IPCB – Instituto Politécnico de Castelo Branco

IPP- Instituto Politécnico de Beja

IPS- Instituto Politécnico de Setúbal

JBÍ- *Joanna Briggs Institute*

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

ME- Mestrado em Enfermagem

OE- Ordem dos Enfermeiros

PBE- Prática baseada na evidência

PE- Processo de Enfermagem

PIB- Produto Interno Bruto

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNSM- Programa Nacional para a Saúde Mental

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

UC- Unidade Curricular

UE – Universidade de Évora

UE- União Europeia

UE- Universidade de Évora

UICDP- Unidade de Internamento de Curta Duração de Psiquiatria

## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO .....	13
PARTE I.....	17
1. CARACTERIZAÇÃO LOCAL DE ESTÁGIO – DEPARTAMENTO PSIQUIATRIA DE UM HOSPITAL DO SUL DO PAÍS.....	17
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	20
2.1 A Pessoa com Psicose.....	20
2.2 A Família da Pessoa com Psicose .....	26
2.3 Intervenções psicoeducativas pelo EEESMP com a família da pessoa com psicose ...	31
2.4 A Família como Sistema - Modelo de Sistemas de Betty Neuman .....	40
2.5 Relação de Ajuda.....	44
3. METODOLOGIA DE PROJETO.....	50
3.1 Diagnóstico de Situação .....	50
3.2 Definição dos objetivos .....	55
3.3 Planeamento .....	57
3.4 Execução.....	68
3.5 Avaliação .....	80
3.6 Divulgação dos Resultados.....	82
PARTE II.....	83
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	83
4.1 Competências Comuns Enfermeiro Especialista .....	85
4.2 Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Saúde Mental E Psiquiátrica .....	91
4.3 Competências De Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica .....	106
5. CONCLUSÃO .....	112
6. BIBLIOGRAFIA.....	117
APÊNDICES.....	134
APÊNDICE I - Síntese dos artigos selecionados para a Revisão Sistemática da Literatura...	135
APÊNDICE II- Resumo Artigo Científico-As Intervenções Psicoeducativas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com as Famílias das Pessoas com Psicose.....	139



## 0. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Mestrado em Enfermagem (ME) surge no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação entre Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (AESES), nomeadamente entre a Universidade de Évora (UE) em associação com o Instituto Politécnico de Beja (IPB), o Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB), o Instituto Politécnico de Portalegre (IPP) e o Instituto Politécnico de Setúbal (IPS). O referido curso decorreu na Escola Superior de Saúde (ESS) do IPS com a duração de 3 semestres, com início em Setembro do ano letivo 2017/2018 e final previsto em Julho do ano letivo 2018/2019. O curso disponibiliza sete áreas de especialização, tendo sido por nós eleita a Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, cuja coordenação é assegurada pelo Professor Doutor Raúl Cordeiro.

No segundo semestre do segundo ano, é solicitado ao estudante a redação do presente Relatório de ME no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório Final. De acordo com o Regulamento do Estágio Final e Relatório do ME, o relatório consiste num trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e detalhada das atividades desenvolvidas no âmbito de Estágio (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, 2018). Os processos de aprendizagem que conduziram à aquisição de competências, nomeadamente competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) e competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ocorreram no Estágio I e no Estágio Final, ambos sob orientação da docente Paula Leal e EESMP Mário Rosmaninho.

Ambos os Estágios referidos foram realizados no Departamento de Psiquiatria de um Hospital do Sul do país, sendo que o Estágio I foi realizado durante o segundo semestre do primeiro ano do ME em associação, com a duração de seis semanas, entre 14 de Maio e 22 de Junho de 2018, com um total de 10 European Credit Transfer System (ECTS), correspondentes a 270 horas. Por sua vez, o Estágio Final foi realizado no terceiro semestre do segundo ano do ME em associação, com a duração de 19 semanas, entre 17 de Setembro de 2018 e 25 de Janeiro de 2019, com um total de 24 ECTS, correspondentes a um total de 648 horas.



As intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias da pessoa com psicose, constituem-se como a temática eleita para o presente relatório, sendo deste modo alvo de estudo e reflexão crítica. A escolha desta temática resultou de um conjunto de motivos de cariz pessoal, profissional e técnico-científico, que agrupados suportaram a escolha da mesma. Assim, no âmbito pessoal partilhamos que nos é intrínseca a preocupação com o bem-estar e inclusão da família nos cuidados de saúde, pelo lugar de destaque que esta assume na nossa vida e deste modo decidimos transpor este aspeto para a escolha da temática. Por sua vez, no âmbito profissional destacamos o desejo em investir no aumento de conhecimentos acerca da pessoa com psicose, do impacto que a doença mental assume no seio familiar e de que modo as intervenções implementadas pelo EEESMP respondem às necessidades identificadas, com o intuito de prestar cuidados especializados e de qualidade à pessoa e sua família. Por fim, o interesse no âmbito técnico-científico relaciona-se com a escassez de literatura e evidência científica existente acerca desta temática, que assume um papel tão singular na nossa sociedade e carece de cuidados diferenciados.

Assim sendo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2015) a pessoa com psicose padece de distorções de pensamento e da perceção, que se manifestam através da presença de alucinações, delírios ou suspeitas excessivas e infundadas bem como o discurso incoerente. A nível comportamental, as mesmas podem traduzir-se em desorganização, agitação, excitação, inatividade ou hiperatividade. Por sua vez, no âmbito das emoções, podem ser detetadas apatia acentuada ou assincronia entre as emoções e o afeto.

As estimativas existentes sobre a incidência da psicose, a nível nacional e internacional são reduzidas, contudo um estudo australiano acerca de prevalência de doenças mentais demonstrou que a prevalência de pessoas com psicose envolvidas no tratamento num período de um mês foi de 4,7 por 1000 adultos (Jablensky et al., 2000). Por sua vez, a esquizofrenia, enquanto perturbação psicótica mais frequente e doença mental crónica, afeta mais de 23 milhões pessoas no mundo, atinge 12 milhões de pessoas do sexo masculino e 9 milhões de pessoas do sexo feminino, surgindo mais precocemente nas pessoas do sexo masculino (World Health Organization, 2018). No que concerne ao impacto causado a nível individual, social e económico, apesar das perturbações psicóticas serem menos comuns que as perturbações não psicóticas, tais como a depressão e a ansiedade, as mesmas estão relacionadas com um maior

grau de incapacidade comparativamente às outras doenças mentais, atingindo igualmente custos sociais e económicos mais elevados (Knapp, Mangalore, & Simon, 2004).

A vivência de uma situação de doença causa sofrimento não só para a pessoa mas também para a família, o que gera desequilíbrio no sistema familiar exigindo o reajustamento dos papéis desempenhados (Koutra et al., 2014). Decorrente do processo de reajustamentos de papéis, verifica-se frequentemente a aquisição de papel de cuidador por parte dos familiares o que acarreta repercussões a nível físico, psicológico e emocional, manifestados através de vários sintomas tais como: pressão arterial elevada, ansiedade, stress e depressão (Lowenstein, Butler & Ashcroft, 2010) contribuindo frequentemente e a longo prazo para que os familiares desenvolvam igualmente doenças mentais (Petrakis & Laxton, 2017).

As intervenções psicoeducativas surgem enquanto intervenções comprovadamente eficazes neste âmbito (Sin et al., 2017), sendo que , de acordo com (Gonçalves-pereira & Xavier, 2007) a psicoeducação caracteriza-se por um conjunto de abordagens que se dividem em dois vetores. Um dos vetores objetiva ajudar pessoas e familiares a aprender o que necessitam acerca da doença mental e a dominar novas formas de viver com ela e o segundo vetor por sua vez objetiva reduzir o stress familiar, providenciar suporte social e encorajar os elementos alvo da sua intervenção.

A implementação de intervenções psicoeducativas por parte do EEESMP encontra-se suportada e regulamentada no Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018, concretamente na quarta competência. Acrescenta-se ainda que as intervenções psicoeducativas relacionam-se com os Enunciados Descritivos contemplados no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, nomeadamente: satisfação do cliente, promoção da saúde e prevenção de complicações, adaptação e redução do estigma e promoção da inclusão social (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim, considerando o âmbito em que se insere o documento em apreço, em ligação à temática suprarreferida, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Apresentar o Relatório de ME através da Metodologia de Projeto que será alvo de prova pública perante um júri;

- Refletir sobre a importância da intervenção do EEESMP no âmbito das intervenções psicoeducativas com as famílias da pessoa com psicose;

- Descrever reflexivamente e pormenorizadamente a aquisição das competências desenvolvidas no percurso do Mestrado e em particular no Estágio I e Estágio Final.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte integra três capítulos, o primeiro capítulo corresponde à caracterização do Departamento de Psiquiatria do Hospital do Sul local onde se realizaram ambos os estágios. O segundo capítulo apresenta o Enquadramento Conceptual acerca da pessoa com psicose e sua família, apresenta as intervenções psicoeducativas com a família da pessoa com psicose implementadas pelo EEESMP, vislumbra a família como um sistema abordando o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e alude à Relação de Ajuda enquanto processo intersubjetivo de partilha, apresentando a sua definição e fases que a constituem. Por sua vez o terceiro capítulo apresenta a Metodologia de Projeto adotada, no qual são abordadas as suas etapas bem como a sua consecução. A segunda parte integra o capítulo da Análise reflexiva sobre aquisição e desenvolvimento de competências, que por sua vez se divide em três subcapítulos respeitantes à reflexão crítica pormenorizada e fundamentada da aquisição de competências comuns do EE, competências específicas do EEESMP e competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O quinto e último capítulo é respeitante à Conclusão, no qual se apresentam de modo sucinto as principais considerações finais acerca da temática abordada neste relatório, aspetos facilitadores e dificultadores na realização do relatório e análise da consecução dos objetivos propostos.

Este Relatório de ME, encontra-se redigido de acordo com as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico português e referenciado de acordo com a norma da American Psychological Association (APA) – 6ª edição.

## PARTE I

### 1. CARACTERIZAÇÃO LOCAL DE ESTÁGIO – DEPARTAMENTO PSIQUIATRIA DE UM HOSPITAL DO SUL DO PAÍS

O percurso académico do presente ME na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foi pautado por diversas escolhas, tais como as que conduziram à decisão de quais os contextos onde realizar o Estágio I e Estágio Final.

Tendo em conta o percurso académico no Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) realizado anteriormente, no qual não tivemos a experiência de realizar Ensino Clínico (EC) em contexto de internamento de Psiquiatria, escolhemos realizar o Estágio I no Departamento de Psiquiatria de um Hospital do Sul do país, uma vez que enquanto futuros EEESMP queríamos ter contato com a realidade de um destes contextos de internamento em meio hospitalar, prestar cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e desenvolver o conjunto de competências previstas no âmbito referido. O Estágio I decorre no período de 6 semanas, sendo este um período que possibilita o desenvolvimento dos aspetos suprarreferidos, contudo desejámos aprofundar cada um deles. Para além deste desejo, ambicionámos desenvolver o Estágio Final no Departamento de Psiquiatria desse Hospital do Sul do país, uma vez que este é a Instituição de saúde na qual exercemos funções num serviço distinto. Considerámos que a realização do Estágio Final neste contexto e nesta instituição, contribuiria para a tomada de conhecimento das dinâmicas do Departamento, aperfeiçoamento dos processos de encaminhamento realizados, articulação entre serviços da Instituição e desenvolvimento de cuidados de Enfermagem de qualidade com um conhecimento acrescido acerca do funcionamento e respostas no âmbito da Saúde Mental existentes no mesmo. Todos estes fatores confluíram para que a tomada de decisão em momentos distintos acerca do contexto onde realizar o Estágio I e Estágio Final, recaísse sobre o Departamento de Psiquiatria do referido Hospital do Sul, cuja descrição apresentamos seguidamente.

O Departamento de Psiquiatria integra o Hospital do Sul, que por vez é parte integrante de um Centro Hospitalar, cuja missão é a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das



unidades hospitalares integrantes, por intermédio da execução de definições de política de saúde a nível nacional e regional nomeadamente os planos estratégicos e decisões aprovadas superiormente. O Centro Hospitalar em questão, pretende que o Hospital do Sul do país seja um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional, cujos valores são: humanização e não discriminação, respeito pela dignidade individual de cada pessoa, atualização face aos avanços científicos e no âmbito da investigação, excelência técnico-profissional, ética profissional, promoção da multidisciplinariedade assim como o respeito pelo ambiente. Partindo desta premissa, o Departamento de Psiquiatria disponibiliza aos cidadãos que a ele recorrem uma multiplicidade de respostas no âmbito da Saúde Mental, tais como: serviço de internamento, consultas, psiquiatria de ligação, psiquiatria forense, sala de soroterapia, serviço social, equipas comunitárias e urgência.

Numa das alas do Departamento, situa-se o Internamento de Psiquiatria que recebe pessoas de ambos os sexos, com idades superiores a 17 anos e 364 dias, com doença mental em fase aguda. Quanto ao espaço físico, dispõe de 28 camas, das quais 4 pertencem à Unidade de Internamento de Curta Duração de Psiquiatria (UICDP). Esta unidade recebe pessoas com doença mental em fase aguda, que pela sintomatologia apresentada necessitam de uma maior vigilância e pretende-se que o seu tempo de permanência na unidade seja curto. Por sua vez, o Internamento de Psiquiatria objetiva promover a saúde mental das pessoas com doença mental em fase aguda que recebe, prevenir e tratar as doenças mentais que estas possuem, promover a adesão terapêutica, assim como, promover a reabilitação e reinserção social destas pessoas. Este internamento, possui um planeamento de atividades instituídas, com realização em dia e hora fixa, tais como: terapia ocupacional, dramaterapia, grupo terapêutico de enfermagem que integra a realização de atividades lúdico-terapêuticas, sessões de relaxamento e reuniões de enfermagem (reuniões com as pessoas com doença mental acerca de uma temática de interesse eleita pelos constituintes do grupo).

Na ala oposta do Departamento encontra-se o espaço físico no qual ocorrem as consultas de enfermagem, psiquiatria, terapia ocupacional, são dinamizados Grupos de Apoio, Controlo e Manutenção de Injetáveis de Longa Duração (ILD) assim como Terapia Familiar. Nessa mesma ala encontra-se a sala de soroterapia enquanto espaço terapêutico, cujo funcionamento é em regime ambulatorio, na qual os enfermeiros procedem à administração



de terapêutica, prevenindo-se deste modo o reinternamento através da promoção do equilíbrio psico-emocional da pessoa mantendo-a inserida no seu contexto e comunidade.

Respeitando a promoção da multidisciplinaridade enquanto valor do Centro Hospitalar, no Departamento de Psiquiatria existe uma articulação com o Serviço Social com o intuito de, em parceria com outras instituições na comunidade, promover a continuidade dos cuidados e contribuir para a reintegração social, profissional e residencial das pessoas que necessitaram de Internamento de Psiquiatria. No âmbito dos cuidados prestados na comunidade, existem equipas comunitárias formadas cujo apoio prestado é a nível dos cuidados de saúde prestados, existindo uma maior proximidade entre os profissionais de saúde e os cuidadores através de visitas domiciliárias nas quais é promovido o aumento de conhecimentos acerca dos cuidados que cada pessoa requer. O apoio das equipas comunitárias assume um carácter preventivo dos riscos associados e acompanha os processos de saúde-doença das pessoas e famílias o que possibilita a sinalização precoce de situações problemáticas.

## 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 2.1 A Pessoa com Psicose

A Saúde Mental define-se como um estado de bem-estar através do qual a pessoa reconhece o seu potencial, gere os acontecimentos stressantes normais da sua vida, trabalha de modo produtivo e frutuoso, sendo capaz de contribuir para a comunidade (World Health Organization, 2014). O estado de saúde referido, também recebe a denominação de saúde mental positiva, contrastando com as múltiplas doenças mentais causadoras de sofrimento psíquico e comprometedoras das capacidades relacionais e produtivas das pessoas que delas sofrem (Almeida, 2018).

Os estudos epidemiológicos recentes evidenciam que as perturbações psiquiátricas são atualmente a maior causa de incapacidade e uma das principais causas de mortalidade (Xavier et al., 2013). Os problemas de saúde mental, na Europa, representam cerca de 26,6% da globalidade dos problemas de saúde (Xavier et al., 2013), sendo que em Portugal, a taxa de prevalência de perturbações psiquiátricas é de 22,9%, constituindo-se como o segundo país europeu com maior taxa, após à Irlanda (Wang et al., 2011). As perturbações psicóticas, enquanto foco da nossa atenção, apesar de serem menos comuns do que as perturbações não psicóticas, tais como a depressão e ansiedade, são mais incapacitantes do que as restantes doenças mentais e os custos sociais e económicos associados às mesmas são mais elevados (Knapp et al., 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2015), a psicose caracteriza-se por distorções de pensamento e da perceção, bem como por uma gama de emoções inadequadas. A pessoa com psicose irá apresentar anomalias num ou mais dos seguintes domínios: "(...) delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor anormal ou grosseiramente desorganizado (incluindo catatonia) e sintomas negativos." (American Psychiatric Association, 2014, p.87). A APA (2014), identifica as seguintes perturbações psicóticas: esquizofrenia, transtorno da personalidade esquizotípica, transtorno delirante, transtorno psicótico breve, transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo, transtorno psicótico induzido por consumo de substâncias/medicação e transtorno psicótico devido a outra condi-

ção médica. Deste modo, seguidamente expomos em tabela os sintomas apresentados pela pessoa com psicose.

**Quadro n.º 1-** Sintomas apresentados pela pessoa com psicose

<b>Delírios</b>	<p>De acordo com a APA (2014) os delírios vivenciados pela pessoa com psicose caracterizam-se por ser crenças fixas e inalteráveis à luz de evidência contrária, o conteúdo dos mesmos pode incluir distintos temas:</p> <p><b>Delírios Persecutórios</b> – são os mais comuns que se baseiam na crença de que alguém poderá ser prejudicado por um indivíduo, uma organização ou grupo;</p> <p><b>Delírios de Referência</b> – são também comumente identificados, baseiam-se na crença de que gestos, comentários e estímulos ambientais são dirigidos ao próprio;</p> <p><b>Delírios de Grandiosidade</b> - verificam-se quando a pessoa acredita que tem habilidades excepcionais, possui fortuna ou é famosa;</p> <p><b>Delírios Erotomânicos</b>- verificam-se quando a pessoa tem a crença irrealista que outra pessoa está apaixonada por ela;</p> <p><b>Delírios Niilísticos</b> - referem-se à crença de que uma grande catástrofe irá acontecer;</p> <p><b>Delírios Somáticos</b> -têm como foco preocupações no âmbito da saúde e funções orgânicas associadas (APA, 2014);</p>
<b>Alucinações</b>	<p>As alucinações caracterizam-se por ser “(...) experiências do tipo perceptivo que ocorrem sem um estímulo externo. São vividas e claras, com toda a força e impacto das percepções normais, e não estão sob controlo voluntário. Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, mas as alucinações auditivas são as mais comuns na esquizofrenia e nas perturbações relacionadas.” (APA, 2014, p.87).</p> <p><b>Alucinações auditivas</b> – são vivenciadas pelas pessoas por intermédio de vozes, que podem ser familiares ou não, que são percebidas como sendo distintas do pensamento do mesmo (APA, 2014);</p> <p><b>Alucinações visuais</b>- são falsas percepções visuais que podem constituir-se como imagens formadas (como pessoas) ou imagens sem forma (como</p>

	<p>flashes de luzes) (Towsend, 2011);</p> <p><b>Alucinações táteis</b> – são falsas percepções do sentido e do tato, frequentemente de algo sobre ou sob a pele, por exemplo sensação de formigamento (Towsend, 2011);</p> <p><b>Alucinações gustativas</b> – são falsas percepções do paladar e são frequentemente descritas como sabores desagradáveis (Towsend, 2011);</p> <p><b>Alucinações olfativas</b> – são falsas percepções do sentido do olfato (Towsend, 2011).</p>
<b>Pensamento desorganizado – perturbação formal do pensamento</b>	<p>Manifesta-se através da mudança realizada pela pessoa de uma temática para outra, as respostas dadas que podem estar relacionadas em alguns pontos com as questões colocadas ou inteiramente não relacionadas, sendo que cada um destes comportamentos denomina-se <b>afrouxamento de associações</b> e <b>tangencialidade</b> respetivamente. É incomum que o discurso apresente uma desorganização grave de tal ordem que conduza à sua incompreensão e relembre a desorganização característica de uma afasia receptiva. Comumente é verificada a desorganização ligeira do discurso e como tal o sintoma tem de ser grave o suficiente para comprometer a comunicação (APA, 2014).</p>
<b>Comportamento motor anormal ou grosseiramente desorganizado</b>	<p>Apresenta distintas formas de se manifestar, desde comportamentos infantis e agitação imprevisível, verificam-se igualmente “problemas em qualquer forma de comportamento dirigido a um objeto, levando a dificuldades na realização de atividades de vida diária.” (APA, 2014, p.104).</p> <p><b>Catatonía</b> – manifestação de comportamentos catatónicos que se caracteriza pela diminuição evidente da reatividade ao ambiente em que a pessoa se encontra por intermédio de “resistência a instruções (negativismo), manutenção de postura rígida, imprópria ou bizarra, até à completa ausência de resposta verbal ou motora (mutismo e estupor).” (APA, 2014, p.104). Inclui também atividade motora excessiva e sem objetivo aparente, movimentos repetitivos estereotipados, olhar fixo, fazer caretas e eco do discurso.</p>
	<p>Os sintomas negativos por sua vez encontram-se associados à morbilidade associada à esquizofrenia e são menos prevalentes noutras perturba-</p>



<b>Sintomas negativos</b>	<p>ções psicóticas.</p> <p><b>Diminuição da expressão emocional</b> - redução da expressão de emoções que se verifica a nível do contacto visual, entoação do discurso, movimentos das mãos, cabeça e rosto que contribuem para o enfase habitualmente conferido ao discurso;</p> <p><b>Avolição</b> - diminuição da motivação e objetivos para realização de atividades;</p> <p><b>Alogia</b> - diminuição do débito do discurso;</p> <p><b>Anedonia</b>- diminuição do prazer a estímulos positivos ou recordação de prazeres experienciados anteriormente;</p> <p><b>Isolamento social</b> - desinteresse no estabelecimento de interações sociais (APA, 2014).</p>
---------------------------	--

Existem fatores predisponentes implicados na etiologia da psicose, sendo estes fatores comumente agrupados em três grupos principais: biológicos (relacionados com a fisiologia, bioquímica e genética), psicológicos (experiências emocionais, integração com pessoas e ambiente) e ambientais (situação presente da pessoa e antecedentes socioculturais) (Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016). Assim, reconhece-se que a etiologia da psicose resulta do impacto que o *stress* e de fatores de risco numa predisposição biológica pré-existente: interação “vulnerabilidade- *stress*” (Zubin, & Spring, 1977). Os modelos de vulnerabilidade-*stress* foram aplicados à esquizofrenia, contudo a sua aplicabilidade é transversal à psicose, e elucidam que quanto maior a vulnerabilidade que a pessoa possui menor será o *stress* necessário para que seja desencadeado um episódio de psicose (Yank, Bentley, & Hargrove, 1993).

No âmbito da psicose alguns dos fatores que influem os níveis de vulnerabilidade e/ou *stress* são: complicações durante a gravidez (Hultman, Ohman, Cnattingius, Wieselgren, & Lindstrom, 1997) antecedentes familiares de perturbações psicóticas (Olin & Mednick, 1996), estação de nascimento (final do inverno/começo da primavera) (Hettema, Walsh, & Kendler, 1996) qualidade do ambiente em que a pessoa se desenvolve, trauma (causado por abuso ou negligência) (Shevlin, Dorah, & Adamson, 2007), existência de personalidade vulnerável (personalidade esquizoide por exemplo) (Cuesta, Gil, Artamendi, Serrano, & Peralta, 2002). As



perturbações psicóticas surgem durante a adolescência ou início da idade adulta e a pessoa que delas padece apresenta dificuldades na socialização, sintomas neuróticos funcionais e específicos que se seguem da manifestação subtil de sintomas psicóticos que emergem imediatamente antes da instalação da perturbação psicótica franca (Yung & McGorry, 1996).

As pessoas com psicose, pelas manifestações características da doença mental em estudo, possuem diversos riscos que devem ser identificados para que sejam implementadas intervenções que os diminuam e idealmente os eliminem. O risco mais comum é o risco de suicídio, sendo identificáveis outros riscos que afetam a morbilidade e mortalidade das pessoas com psicose, tais como, o risco de violência, negligência e vitimização e não adesão ao tratamento (Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016).

Relativamente ao tratamento dirigido para as pessoas com psicose, sugerem-se a abordagem farmacológica e a abordagem não-farmacológica que se baseia em intervenções psicológicas e psicossociais. Atualmente, tanto em ambiente hospitalar como na comunidade, os antipsicóticos continuam a ser o tratamento farmacológico primário, com eficácia comprovada no tratamento de episódios psicóticos agudos como na prevenção de recaída ao longo do tempo (Horst, Klein, Williams, & Werder, 2005). No entanto, os antipsicóticos convencionais (mais recentemente denominados “primeira geração”) estão associados a uma alta incidência e ampla gama de efeitos colaterais, tais como: letargia, sedação, aumento de peso, disfunção sexual e distonia (Weinberger, George, Perkins, & Chengappa, 2008). Existem igualmente evidências de que algumas pessoas com psicose conseguem lidar com a doença mental a longo prazo sem medicação antipsicótica (Harrow, Jobe, & Faull, 2012) sendo sugerido que se podem obter melhorias a nível das suas funções neurocognitivas e sociais com intervenções não farmacológicas (Faber, Van Gool, Wiersma, & Van Den Bosh, 2012; Wunderink, Nieboer, Wiersma, Sytema, & Nienhuis, 2013). No entanto, é amplamente aceite que a medicação antipsicótica permanece como uma componente essencial e não a base do tratamento dirigido às pessoas com psicose (Kendall, 2011).

A abordagem não farmacológica no tratamento à pessoa com psicose, no que concerne a tratamentos psicológicos e sociais, tem como objetivos: redução do sofrimento associado aos sintomas da psicose (Hartman et al., 1991 cit. por National Institute for Health and Care Excellence, 2014), promoção da interação social, redução de sintomas depressivos e

ansiedade bem como, prevenir o risco de recaída (Hong et al., 2011). De acordo com Townsend (2011), os tratamentos psicológicos sugeridos são a psicoterapia individual, terapia de grupo, terapia comportamental e treino de competências sociais. No âmbito do tratamento social indica a *Milieu Therapy*, terapia familiar e tratamento comunitário assertivo. Para a maioria das pessoas com psicose, o tratamento mais eficaz reside numa combinação entre a implementação de medidas farmacológicas em associação a terapia psicossocial (Townsend, 2011).

De acordo com o preâmbulo do Regulamento nº 515/2018 das Competências Específicas do EEESMP, publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018, a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem como foco da sua atuação a promoção da Saúde Mental, no âmbito da prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas face a processos de transição que são geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, tal como causam as perturbações psicóticas às pessoas que delas padecem. Deste modo, decorrente da prestação de cuidados às pessoas com psicose, a avaliação de Enfermagem baseia-se no “(...) conhecimento da sintomatologia relacionada com o conteúdo e a forma de pensamento, percepção, afeto, sentido do self, volição, comprometimento do funcionamento interpessoal e no relacionamento com o mundo e comportamento psicomotor.”(Townsend, 2011, p. 534).

Partindo deste conhecimento, do foco de atuação da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e da relação de ajuda estabelecida com a pessoa com psicose, o EEESMP procede à formulação de diagnósticos de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que contemplam as necessidades identificadas. Deste modo, apresentamos um conjunto de diagnósticos passíveis de serem formulados pelo EEESMP na prestação de cuidados à pessoa com psicose, utilizando como recurso a Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem (CIPE) versão 2015 : Adesão ao regime medicamentoso comprometida; Adaptação comprometida; Alucinação actual, Comunicação comprometida; Comportamento agressivo atual; Capacidade para realizar auto-cuidado comprometida; Delírio atual; Pensamento comprometido; Percepção sensorial comprometida; Processo familiar interrompido; Socialização diminuída; Risco de suicídio atual; Risco de violência (dirigida a si mesmo ou a outros) atual (International Council of Nurses, 2016).

## 2.2 A Família da Pessoa com Psicose

Tal como é referido pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), a Enfermagem enquanto profissão da área de saúde, cujo objetivo é prestar cuidados de enfermagem ao ser humano ao longo do ciclo vital possui como foco de atenção da sua atuação não só a pessoa que se encontra sã ou doente, mas também a sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2015c). O desenvolvimento dos cuidados à família teve início desde Florence Nightingale e ocorreu concomitantemente com a evolução dos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2013).

O número 2 do Artigo 4º do REPE inerente aos conceitos é bastante claro quanto à inclusão da família nos cuidados de enfermagem, elucidando que o Enfermeiro é o profissional habilitado “(...) para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2015c, p.99). Este enfoque à família é igualmente evidente noutros documentos inerentes à profissão para além do REPE, tais como o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), o Regulamento nº 140/2019: Regulamento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de Fevereiro de 2019 e o Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018. Partindo desta premissa, a família constitui-se como a unidade básica que confere apoio, suporte e equilíbrio para que se ultrapassem momentos de crise ao longo do ciclo de vida, é ainda vislumbrada como o núcleo social de extrema importância cujo papel fulcral é o desenvolvimento e socialização dos membros que a integram (Fernandes, 2016). Esta “revela-se como uma organização de relações dinâmicas, contextuais e complexas em interação com o meio, derivada de consequentes processos de transformações sociais, que foram por ela assimilados.” (Figueiredo, 2013, p.2). Enquanto unidade sistémica que possui funções sociais, a família define-se igualmente como “(...) espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se como unidade dotada de energia com capacidade auto-organizativa.” (Figueiredo, 2013, p.2).

Têm sido notórias as mudanças consideráveis que ocorreram na estrutura familiar e social, nomeadamente em Portugal relativamente à sua estrutura e constituição (Fernandes,



2016). Estas mudanças traduzem-se na diversidade de formas de família existentes, estendendo-se ao aumento da diversidade de interações conjugais, inclusive no seio das estruturas familiares tradicionais, como por exemplo nas famílias nucleares (Figueiredo, 2013). No entanto, apesar das mudanças referenciadas, a família permanece como “(...) unidade emocional e afetiva caracterizando-se essencialmente pelas suas dimensões psicológicas e social.” (Figueiredo, 2013, p.2).

Seguindo esta linha de pensamento, de acordo com Wright & Leahey (2009) atualmente existem distintas formas de família, tais como a família biológica, a família nuclear que incorpora um ou mais membros da família alargada, a família de progenitor único, a família adotiva, a família comunal e o casal homossexual. Estes autores, defendem que a determinação da família deve basear-se nos laços emocionais, sentimentos de pertença e durabilidade da associação entre as pessoas, ao invés da determinação por intermédio da composição do grupo. Pereira (2010), corrobora esta caracterização do sistema familiar, aludindo que são membros da família todos aqueles que forem considerados como tal, por intermédio de um conjunto de relações caracterizadas por proximidade, intimidade e afeto, que componham uma unidade social.

Deste modo, o conceito de família por nós eleito reflete-se na perspetiva sistémica, cuja auto-determinação da família e vínculos afetivos existentes entre os seus membros são partes integrantes. Assim, a complexidade que caracteriza o sistema familiar, “(...) integra as suas dimensões evolutivas e contextuais que lhe conferem um percurso identitário que emerge da reciprocidade dos processos de mútua interação com o ambiente e das características de globalidade, equifinalidade e auto-organização, entre outras definidoras da família enquanto sistema autopoietico co-evolutivo.” (Figueiredo, 2013, p.67). Adotando a perspetiva de que a família é um todo e que as suas partes não são redutíveis ao todo e vice-versa, qualquer alteração que ocorra irá afetar as partes e o todo (Figueiredo, 2013), sendo exemplo disso o momento em que um dos elementos da família adoece. O impacto da doença não irá ser sentido exclusivamente pelo elemento que esteja doente, mas também por todo o universo familiar, deparando-se com dificuldades que a doença acarreta (Fernandes, 2016).

De acordo com Carvalho (2012) o desafio de viver uma doença na família é de tal índole que conduz ao desenvolvimento de uma crise familiar e demanda a realização de

alterações estruturais e funcionais, o que consequentemente aumenta a sua vulnerabilidade e diminui a capacidade de cumprir com as suas obrigações profissionais e sociais. A adaptação por parte da família e o desempenho das suas responsabilidades sofre a influência de distintos fatores, tais como: a estrutura familiar, a distribuição de trabalho, a situação socioeconómica, a etnia, valores, crenças e atitudes em relação à saúde e doença. Realçamos que a adaptação referida assume mais destaque em situações em que é necessário que um dos membros da família desempenhe o papel de cuidador (Carvalho, 2012).

Apesar dos desafios com que a família é confrontada, a importância que esta assume para o familiar com doença mental é reconhecida, considerando-se “ (...) inquestionável na ajuda ao seu processo de tratamento, cura ou de reabilitação, pelo que deve ser um elo de ligação, um verdadeiro parceiro de cuidados e que a Enfermagem e em particular na área da Saúde Mental, deve aproveitar e potenciar.” (Carvalho, 2015, p.6). Todavia, a parceria dos cuidados entre a família e os profissionais de saúde, vislumbrada atualmente como espaço de atuação para a prestação de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com qualidade, nem sempre foi passível de execução.

De acordo com Carvalho (2015), ao longo dos tempos, a culpa de muitos dos males que incorriam das doenças mentais, recaia sob a família, tais como a culpabilização que era atribuída às mães pelas dificuldades do desenvolvimento psicológico dos seus filhos. Existiram múltiplas teorias que culpabilizavam a família, contudo não possuíam consistência empírica que as suportasse (Yacubian, & Neto, 2001). Contudo, da preocupação crescente com a família foi operada uma mudança positiva de atitude face à mesma que incluiu a diminuição do estigma e distanciamento dos profissionais de saúde da área de saúde mental (Carvalho, 2012). Outro dos fatores que beneficiou a inclusão da família foi o movimento de desinstitucionalização, que possibilitou que grande percentagem de pessoas com doença mental pudessem viver nas suas casas, transitando o local de atuação do hospital para a comunidade (Laidlaw, Civerdale, Falloon, & Kydd, 2002). Esta mudança de paradigma promoveu o envolvimento da família e aumento progressivo do número de pessoas com perturbações psicóticas de evolução crónica que se mantem com a família e apenas recorre aos serviços de saúde em circunstâncias de descompensação aguda da doença (Carvalho, 2012).



No entanto, apesar das mudanças operadas terem sido benéficas para a família, uma vez que aumentam a proximidade com o seu familiar com doença mental e possibilitam que cuidem dos mesmos, também acarretaram custos quantificáveis em dinheiro, tempo e saúde, influenciando a sua qualidade de vida (Krieg, 2001; Larrea, 2002 cit. por Vieira de Campos, 2009). Entre os custos referidos, os autores destacam os custos psicológicos de difícil quantificação e abrangência, nomeadamente a necessidade de atenção extra ao familiar com doença mental que se traduz em menos tempo para os restantes familiares, o que vezes é gerador de maior stress nas relações familiares, promotor de situações de violência, sendo que os cuidadores principais são comumente as vítimas, a solidão e a ausência de relações sociais (Krieg, 2001 cit. por Vieira de Campos, 2009).

Elucidamos que ao aludirmos ao conceito de familiar cuidador, de acordo com o Decreto-Lei nº 8/2010 publicado em Diário da República nº 19/2010, 1ª Série. Nº19 de 28 de Janeiro de 2010, estamos a referir-nos a uma “(...) pessoa adulta membro ou não da família, que cuida da pessoa com incapacidade psicossocial, com ou sem remuneração, no sentido de realizar e proporcionar as atividades de vida diária com vista a minorar ou até mesmo suprir o *deficit* de autocuidado da pessoa que cuida.” (Ministério da Saúde, 2010, p.258). Por sua vez, ao adotarmos como foco da nossa atenção os familiares cuidadores das pessoas com psicose, destacamos o papel fundamental que os mesmos assumem ao conferir apoio e orientação na adesão ao regime terapêutico, apoio em momentos de crise, apoio emocional (Sin et al., 2007), realização dos auto-cuidados e segurança das pessoas com psicose (Schene, van Wijngaarden, & Koeter 1998).

O ato de cuidar da pessoa com psicose pode incorrer clinicamente em níveis significativos de stress e sofrimento para os familiares cuidadores, aumentando a sua vulnerabilidade (Sin et al., 2017) e contribuindo a longo prazo para o desenvolvimento de doenças físicas e mentais (Petrakis, & Laxton, 2016). O impacto causado pelo ato de cuidar pode manifestar-se através de fadiga, hipertensão, angústia, ansiedade e depressão (Lowenstein et al., 2010; Petrakis, Bloom, & Oxley, 2014; Riley, et al., 2011).

Os estudos evidenciam que os familiares cuidadores de pessoas com psicose crónica apresentam elevados níveis de sobrecarga que afetam negativamente a sua qualidade de vida (Caqueo-Urizar, & Gutiérrez-Maldonado, 2006; Gutierrez-Maldonado, Caqueo-Urizar, &

Kavanagh, 2005) enquanto estudos mais recentes destacam a identificação de sobrecarga e *psychological distress* nos familiares cuidadores de pessoas com psicose logo após o surgimento do primeiro episódio psicótico (Boydell et al., 2013; McCann et al., 2011). Existe uma correlação entre os níveis de sobrecarga evidenciados pelos familiares relativamente aos cuidados que prestam à pessoa com psicose, e o seu bem-estar e morbilidades associadas às tarefas desempenhadas (Austrom et al., 2015; Kuipers, 2010; Kuipers & Raune, 2000; Smith et al., 2014). Para além disto, outros estudos identificaram que o bem-estar dos familiares cuidadores associa-se à sua capacidade de cuidar, ou seja, reduzidos níveis de bem-estar influenciarão a prestação de suporte adequado, o que por sua vez influencia o prognóstico e taxas de recidiva das pessoas com psicose (Kuipers, Onwumere, & Bebbington, 2010; Smith et al., 2014).

Para além de todos os aspetos enumerados, estes familiares experienciam também o estigma associado à doença mental, temem frequentemente pelo futuro da pessoa a quem prestam cuidados e vivenciam processos de perda associados à mudança que ocorreu na relação com o seu familiar com psicose, sentimentos de culpa (Lowenstein et al., 2010), bem como, dispõem de tempo limitado para atividades de lazer e consequentemente apresentam a sua socialização comprometida (Foldemo, Gullberg, EK, & Bogren, 2005; Ostman & Kjellin, 2002). Estes não possuem conhecimentos acerca da sintomatologia da psicose, da medicação nomeadamente os seus efeitos secundários, serviços de saúde a que recorrer, processo de recuperação, tratamentos comuns bem como acerca do desenvolvimento de estratégias adaptativas face a todo este processo de saúde-doença da pessoa com psicose (Lowenstein, et al., 2010; Sin, Moone, & Newell, 2007).

Em suma, o envolvimento dos familiares das pessoas com doença mental despoletou o aparecimento de um amplo espectro de dimensões da vida familiar, tendo as mesmas sido confrontadas com desafios e dificuldades que encontraram no seu desempenho enquanto cuidadoras. No entanto, para as pessoas com doença mental, o maior contacto existente entre os familiares e os serviços de Saúde Mental revelou-se benéfico (Carvalho, 2015). A família constitui-se como uma dimensão fundamental da satisfação das pessoas com os serviços de Saúde Mental e como tal, “(...) considerando-se que a satisfação dos doentes pode contribuir para uma melhor adesão ao regime terapêutico e favorecer um impacto positivo dos serviços de saúde mental, o envolvimento dos familiares torna-se ainda mais pertinente.” (Carvalho,

2015, p.7). A importância do envolvimento familiar é reforçada por Hanson (2005), considerando-o como um foco relevante para a prática da Enfermagem, visto que agrega áreas como: papéis, comunicação, poder, tomada de decisão e estratégias de coping. Seguindo esta linha de pensamento, Wright & Leahey (2009) defendem que é indicada uma intervenção a nível familiar sempre um membro da família apresenta um problema cujo impacto é extensível aos outros membros.

Partindo do reconhecimento do valor que o envolvimento familiar assume, bem como, das necessidades apresentadas pelos familiares cuidadores, destaca-se a pertinência da criação de respostas por parte dos Serviços de Saúde Mental para colmatar as necessidades identificadas e consequentemente contribuir para o homeostasia do sistema familiar.

### **2.3 Intervenções Psicoeducativas pelo EEESMP com a Família da Pessoa com Psicose**

Adotando uma perspetiva de continuidade face ao subcapítulo anterior, cuidar de uma pessoa com psicose é emocionalmente e fisicamente desafiador e os familiares cuidadores necessitam de apoio, não apenas no ato de cuidar, mas também na promoção e manutenção do seu bem-estar. A ausência deste apoio, pode conduzi-los a sentirem-se negligenciados pelos serviços de saúde e potenciar sentimentos de frustração pela falta de oportunidade em contribuir para o desenvolvimento do plano de cuidados da pessoa com psicose que é significativa para si (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Em retrospectiva, no âmbito da realidade portuguesa, já o Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, constata a “reduzida participação de utentes e familiares, a escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental, a limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis, a quase total ausência de programas de promoção/prevenção.” (Ministério da Saúde, 2008, p.9). O mesmo defende a inclusão dos familiares das pessoas com doenças mentais, enquanto parceiros importantes na prestação de cuidados que devem ser estimulados a participar na prestação, assim como, receber treino e educação necessários.



Por sua vez, o documento de Restruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal Plano de Ação 2007-2016, elucida que as intervenções dirigidas às famílias, para que estas possam conviver melhor com a doença, incluem formação e treino e promovem competências para o papel de parceiros desempenhado (Comissão Nacional para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007). Estas podem sintetizar-se nos tópicos de informação, educação, psicoeducação, consultoria, acolhimento e psicoterapia. O mesmo documento acrescenta que “Há outra área de ajuda em que a intervenção dominante é das próprias famílias, através do fenómeno associativo (especialmente grupos de suporte, grupos de ajuda mútua, grupos de autoajuda, actividades ou grupos de “advocacy”).” (Comissão Nacional para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007, p.85).

Mais recentemente, o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) 2017, apresenta como missão desenvolver programas e recomendações com vários objetivos do qual destacamos o seguinte: “reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações.” (Ministério da Saúde, 2017, p.14). No âmbito das atividades a desenvolver durante 2017/2018, planeou a realização de ações de sensibilização, informação e de formação, dirigidas à população em geral, profissionais que estivessem envolvidos, pessoas e respetivas famílias. Por fim, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020, propõe: “A promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende.” (Ministério da Saúde, 2015, p.14).

Em suma, vislumbramos a intencionalidade patente nos documentos referenciados, em incluir os familiares das pessoas com doença mental nos cuidados a prestar, providenciar formação e treino de competências, promover a literacia e capacitação dos mesmos, cujo resultado final ambiciona promover a saúde mental das populações. Podemos referir que este conjunto de objetivos e medidas a implementar se inserem no espetro de ação contemplado pela psicoeducação. O que por sua vez é recomendado pela literatura no âmbito do apoio a prestar às famílias e familiares cuidadores (Addington, Coldham, Jones, Ko, & Addington, 2003; Gerson et al., 2009; Leavey et al.2004; Lowenstein et al. 2010; Sin et al.,2007) e estabelecido em *guidelines* internacionais sobre a pessoa com psicose (Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2014).



A psicoeducação surgiu em 1970, enquanto modelo que integra o paradigma da complexidade humana, envolvendo distintas disciplinas e teorias que inter-relacionadas objetivam compreender e aplicar técnicas adequadas ao processo de adoecimento da pessoa (Wood, Brendo, Fecser, & Nachols, 1999). Em 1977 o autor Authier, define a psicoeducação como intervenção psicoterapêutica que tem como foco de atenção a satisfação e consecução dos objetivos das pessoas, ao invés de se constituir como uma técnica direcionada à cura de determinada doença. Para o autor, a psicoeducação promove o tratamento das doenças mentais através de mudanças comportamentais, sociais e emocionais proporcionando a promoção da saúde. Deste modo, considera-se efetiva a ajuda às pessoas quando estas são ensinadas a ajudarem-se, a desenvolverem processos de consciencialização e autonomia (Lemes, & Neto, 2017).

Os autores Wood et al. (1999), propõem a divisão da palavra psicoeducação em *psico* e *educação*, pelas distintas áreas de atuação que esta contempla, mas que em simultâneo contribuem para que a pessoa com quem são implementadas possua uma visão holística da situação de doença vivenciada. Assim, retomando à divisão da palavra, a parte *psico* é respeitante às técnicas psicológicas mobilizadas e a parte *educação*, tal como o nome indica, remete-nos para a área pedagógica que integra o processo de ensino-aprendizagem. A definição de psicoeducação apresentada pela Ordem dos Enfermeiros, converge com as restantes que foram apresentadas anteriormente, uma vez que a descreve enquanto forma específica de educação que se destina a “ (...) ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos fatos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 16). Assim, tal como nas definições de psicoeducação anteriormente apresentadas, a psicoeducação não integra exclusivamente uma abordagem educativa, esta também pretende que a pessoa consiga “(...) desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação não é um tratamento – é projetada para ser parte de um plano global de tratamento.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 16).

A psicoeducação surge entre as práticas baseadas na evidência consideradas mais eficazes, pela flexibilidade associada ao seu modo de implementação, que incorpora informações específicas sobre a doença e estratégias adaptativas para gerir as circunstâncias relacionadas com o processo de saúde-doença (Lukens & McFarlane, 2004). A mesma reflete

uma mudança de paradigma através da adoção de uma abordagem holística, baseada na promoção de competências, cujo objetivo é promover a saúde num ambiente colaborativo de desenvolvimento de estratégias de *coping* e capacitação das pessoas alvo das intervenções psicoeducativas (Dixon, 1999; Marsh, 1992 cit. por Lukens & McFarlane, 2004).

Partindo para uma esfera de atuação mais limitada na população alvo, a psicoeducação familiar foi desenvolvida por Anderson, Hogarty, & Reiss (1980), constituindo-se como um modelo específico, com fundamentos empíricos, que enfatiza a importância do envolvimento dos membros da família, a incorporação dos desejos do binómio pessoa-família enquanto núcleo do plano de cuidados a realização, assim como, a aceitação empática do sofrimento da família decorrente do impacto de cuidar da pessoa com doença mental. Deste modo, a psicoeducação dirigida à pessoa com doença mental e familiar tem como objetivos: legitimar a doença, através da informação providenciada acerca da doença, das limitações decorrentes da mesma e por proporcionar expectativas realistas acerca da pessoa com doença mental; reduzir as emoções negativas, tais como a raiva, a culpa, depressão e ansiedade, uma vez que as mesmas podem ser evitáveis, sendo que a educação pretende diminuir a existência destes sentimentos; incentivar a cooperação da família no regime terapêutico, por intermédio da realização de intervenções terapêuticas e melhorar as competências da família na monitorização da doença através do aumento de conhecimentos de sintomas de recaída da doença a par dos conhecimentos acerca do tratamento farmacológico (Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa, & Fadden, 2006). Pelo conjunto de objetivos elucidados, a implementação de intervenções psicoeducativas com as famílias das pessoas com psicose, irá ter repercussões na pessoa com psicose, uma vez que contribui para a diminuição do risco de recaída e reinternamentos e promove aumento da adesão terapêutica (Colom, 2011).

As intervenções psicoeducativas diferem quanto ao formato, quanto à sua duração, intensidade de tratamento e local de realização. Quanto ao formato as mesmas podem ser unifamiliares ou multifamiliares, podem incluir apenas os familiares ou serem mistas, ou seja, pode ocorrer a inclusão ou não da pessoa com doença mental. Relativamente ao local de realização, estas podem ser implementadas em instituições de saúde hospitalares e na comunidade, instituições militares, industriais e educativas (Cole & Lacefield, 1982).

Face aos distintos formatos de intervenções psicoeducativas existentes, iremos abordar seguidamente em maior detalhe os Grupos Psicoeducativos Multifamiliares (GPMF), desenvolvidos pelo Dr. William McFarlane nos EUA, cuja versão portuguesa foi desenvolvida por Luísa Brito (Macedo, 2010). Os GPMF foram desenvolvidos com abordagem direcionada para as pessoas com Esquizofrenia e seus familiares, contudo são igualmente implementados para a família e pessoa com outras perturbações psicóticas, com particular incidência em casos de primeiro episódio psicótico (Cabral & Chaves, 2010; McWilliams et al., 2010; Nilsen, Frieh, Friis Norheim & Rossberg, 2016).

De acordo com McFarlane et al. (2003) os GPMF englobam os aspetos da psicoeducação familiar, gestão comportamental familiar e abordagem multi-familiar, constituindo-se como um modelo que incorpora as vantagens de cada uma das abordagens referidas, do qual resulta um efeito sinérgico positivo. O modelo de intervenção destes grupos integra várias famílias ao mesmo tempo, inclui as pessoas com doença mental e tem uma duração mínima de nove meses, podendo ir até aos cinco anos de duração. As intervenções GPMF desenvolvem-se em quatro fases (Mcdonell, Short, Hazel, Berry, & Dyck, 2006; McFarlane, 1991; McFarlane 2002; Yacubian & Neto, 2001) que se apresentam na seguinte tabela.

**Quadro n.º2-** Fases constituintes dos GPMF (Mcdonell, et al., 2006, McFarlane, 1991, McFarlane 2002, Yacubian & Neto, 2001)

<b>Primeira Fase</b> Reunião Inicial com a família e a pessoa com doença mental	Nesta fase ocorre o primeiro contacto com as famílias, na qual são realizadas duas reuniões.  - Primeira reunião: ocorre em conjunto entre a família e a pessoa com doença mental, onde é explicada a intervenção, os objetivos e como se vai desenvolver.  - Segunda reunião: ocorre a avaliação da família e da pessoa com doença mental em separado, esta reunião pode ser repetida as vezes que forem necessárias para englobar todos os membros da família que pretendam participar na intervenção.
<b>Segunda Fase</b>	A intervenção a implementar tem como objetivo providenciar informação científica acerca da doença, tratamento e reabilitação aos



Workshop psicoeducacional com a família	familiares e pessoas com doença mental. São proporcionados momentos de partilha de informação entre os familiares e profissionais de saúde dinamizadores. Esta fase pode ser desenvolvida num dia inteiro ou em duas sessões de três horas cada uma.
<b>Terceira Fase</b> Prevenção de recaídas	O objetivo desta fase consiste em treinar as competências de comunicação e resolução de problemas no âmbito de situações reais e práticas. São utilizados os conhecimentos adquiridos no workshop, bem como, os conhecimentos das famílias e pessoas com doença mental, para encontrar resolução dos problemas do quotidiano.
<b>Quarta Fase</b> Desenvolvimento das capacidades sociais e vocacionais	Esta fase objetiva treinar competências sociais inerentes à vocação pessoal e ocupação, como por exemplo emprego ou atividades desejadas.

De acordo com Gonçalves-Pereira & Xavier (2007), ao longo da terceira e da quarta fase realizam-se reuniões de grupos de famílias com uma periodicidade inicial de 15 em 15 dias, e após os primeiros 12 meses de intervenção ocorrem mensalmente, sendo que posteriormente ao segundo ano de intervenção são bimensais. Quanto à organização reuniões esta depende das necessidades dos grupos de famílias e das competências desenvolvidas pelos mesmos. As intervenções familiares não visam modificar os aspetos familiares estruturais, sendo essas mudanças operadas pelo sistema familiar, estas objetivam dotar o sistema familiar de competências promotoras da autonomia familiar inerente a este processo.

Os principais benefícios da intervenção psicoeducativa em GPMF, enquanto modo mais frequente de implementação, são: promover a troca de experiências entre pessoas que vivenciam acontecimentos semelhantes, o que promove consequentemente a formação de redes informais de apoio social; promover um cenário sociocultural onde se desenrola a construção de conhecimentos em que o respeito pela diversidade, distintos pontos de vista e aprendizagem de comportamentos alternativos são respeitados; economizar tempo e esforço por parte dos profissionais de saúde responsáveis pela implementação das mesmas uma vez



que o grupo ao ser homogêneo apresenta problemas semelhantes (Correa-Builes, & Hernández-Bedoya, 2006; Hidalgo-García, Álvarez-Dardet, Hidalgo, Lara, & Garcia, 2009).

Ao ser realizada uma comparação entre os resultados que advêm da implementação de intervenções psicoeducativas unifamiliares e multifamiliares, verifica-se que 24 meses após a implementação das mesmas os índices de recaída foram de 40,3% e de 24,8% respetivamente. Também é verificada uma redução de custos gerais, entre 19 e 27%, quando são privilegiadas intervenções sistémicas para grupos de famílias, o que evidencia uma boa relação custo-eficácia (Bustillo, Lauriello, Horan, & Keith, 2001; Dixon et al., 2001; Magliano et al., 2005; McFarlane, 2002; McFarlane et al., 2003; Pollio, North, & Osborne, 2002).

Para a dinamização de GPMF é essencial o estabelecimento de uma relação adequada entre os profissionais de saúde e os membros da família, o que requer uma atitude de atenção, compreensão, respeito, disponibilidade que estimule o estabelecimento de uma relação empática e de com confiança assente no respeito mútuo e com objetivos comuns estabelecidos (Phaneuf, 2005; Kuipers, Leff & Lam, 2006).

No âmbito desta abordagem, a interação entre os elementos do grupo é estimulada por um profissional de saúde com formação, através da adoção de uma postura empática, reveladora de aceitação pelo outro, o que lhes permite estabelecer relações de confiança, promotoras da capacidade de ouvir o outro, fomentando o diálogo, aceitação e expressão de emoções entre os elementos do grupo. Este deve ser simultaneamente diretivo o suficiente, de modo a que os assuntos sejam debatidos aprofundadamente, conduzam a conclusões e modos de resolução dos problemas identificados (Torres, Lima & Guerra, 2014).

Happeel et al. (2011) afirmam que os enfermeiros são dotados de competências que os possibilita intervir precocemente junto das pessoas com doença mental grave e suas famílias, contribuindo para a recuperação dos mesmos. Os períodos de internamentos hospitalares são cada vez mais breves e o choque e adaptação ao diagnóstico de doença mental torna-se mais difícil para a pessoa e respetivas famílias. É enfatizada a importância do papel desempenhado pelo EEESMP para a pessoa no primeiro episódio psicótico bem como para sua família, neste processo, uma vez que este através da implementação de intervenções

psicoeducativas concisas e abrangentes que englobam os impactos biológicos, psicológicos, emocionais e sociais inerentes ao novo diagnóstico.

O apoio e orientação das pessoas assim como dos seus familiares insere-se no domínio de competência da prática dos cuidados de enfermagem, cujos “(...) valores assentam no respeito pelas expectativas individuais das pessoas, vontade e poder para participar nas tomadas de decisão e atingindo assim os resultados desejados.” (Gomes et al., 2017, p.6). Nesta linha de pensamento, destacamos que é reconhecido o potencial e competências que o EEESMP possui para implementar intervenções psicoeducativas, todavia pela abrangência de diferentes teorias e técnicas que a psicoeducação abrange, esta pode ser implementada por outros grupos profissionais. Partindo desta premissa, pretendemos clarificar que a implementação de intervenções psicoeducativas pelos EEESMP não é exclusiva da sua área profissional, contudo a sua implementação insere-se no espetro da esfera autónoma.

Ao abordarmos a autonomia do exercício profissional de Enfermagem, somos remetidos para o número 2 do Artigo 9º do REPE inerente às Intervenções dos Enfermeiros, que refere o seguinte: “Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015c, p.102). Partindo da análise desta frase, reiteramos que as intervenções psicoeducativas pertencem ao âmbito das intervenções autónomas em Enfermagem, apesar de apoiadas igualmente noutras disciplinas científicas, uma vez que são implementadas sob única e exclusiva iniciativa e responsabilidade dos enfermeiros e integram os contributos da investigação em enfermagem de modo a assegurar a qualidade dos cuidados prestados.

O Regulamento n.º 515/2018 das Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018, refere explicitamente na quarta competência que o EEESMP: “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (p. 21430). Por sua vez, a competência F4.1 é ainda mais específica no que diz respeito à psicoeducação, referindo que o EEESMP: “Coordena,

desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.” (p.21430). A implementação de intervenções psicoeducativas pelo EEESMP encontra-se regulamentada e é através do desenvolvimento das suas vivências, conhecimentos e capacidades do âmbito terapêutico que este mobiliza competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, contribuindo deste modo para promover e proteger a saúde mental, no âmbito da “prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadequadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.” (p.21427). Segundo o mesmo documento, o EEESMP mobiliza igualmente capacidades de interpretação e individualização de estratégias através de distintas atividades, nomeadamente: “(...) ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar.” (p.21427). Neste sentido, o EEESMP é dotado de um conjunto de competências que se encontram regulamentadas no Regulamento n.º 515/2018 das Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018, que lhe permite incluir no seu agir a implementação de intervenções psicoeducativas com as pessoas e famílias de modo a ajudá-los a “realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere.” (p. 21430).

As intervenções psicoeducativas vão igualmente ao encontro dos Enunciados Descritivos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2011). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), pretende-se que os Enunciados Descritos de Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros, se constituam como um instrumento fulcral a precisar o papel do enfermeiro junto das pessoas alvo dos seus cuidados, de outros profissionais, do público e dos políticos e que disponibilizem orientações para a definição de programas de melhoria contínua da qualidade. Em particular no âmbito da Saúde Mental, os Padrões de Qualidade assumem maior lugar de destaque por diversos motivos, tais como: a doença mental limita a capacidade de decisão da pessoa o que diminui a sua participação no momento da tomada de decisão; a doença mental pode ter interferência na capacidade de compreensão acerca da doença devido a um compromisso cognitivo; a doença mental é um fator de vulnerabilidade uma vez que tem associado um compromisso da funcionalidade; a doença mental gera vulnerabilidade social pelo estigma ainda existente nas comunidades (Sequeira, 2014).



Foram identificadas oito categorias de Enunciados Descritivos para a Enfermagem Especializada de Saúde Mental: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e inclusão social (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Com base nas definições apresentadas pela literatura acerca da psicoeducação e dos objetivos que o EEESMP pretende atingir com a implementação das mesmas, consideramos que das oito categorias de Enunciados Descritivos as intervenções psicoeducativas se relacionam com seis delas: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a adaptação, a relação psicoterapêutica e a redução do estigma e promoção da inclusão social.

Neste sentido, o EEESMP ao implementar intervenções psicoeducativas com as famílias das pessoas com psicose, adota uma abordagem holística que visa a capacitação das mesmas, incorpora no seu agir as competências reguladas no Regulamento n.º 515/2018 das Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República n.º 515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018 e operacionaliza os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, contribuindo para a qualidade das respostas providenciadas e promove a excelência do exercício profissional.

## **2.4 A Família como Sistema - Modelo de Sistemas de Betty Neuman**

Partindo da premissa assente na importância da identificação do Modelo Conceptual que norteia o agir do enfermeiro, assim como, da procura da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em alcançar os mais elevados padrões de qualidade no cuidar, recorremos ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman para apropriar as intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas com psicose. Esta escolha foi igualmente motivada pela compatibilidade existente entre os pressupostos do Modelo escolhido e a temática em estudo, uma vez que os mesmos “(...) fundamentam as tomadas de decisão do enfermeiro, permitindo oferecer uma estrutura organizada para o planeamento intervenção e avaliação, cimentada nos pressupostos colaborativos e sistémicos que estão na base da intervenção familiar.” (Figueiredo, 2013, p.12).



Em 1970, decorrente da solicitação dos estudantes da Universidade da Califórnia de um modelo que proporcionasse uma visão global dos aspetos fisiológicos, psicológicos, sócio-culturais e do desenvolvimento do ser humano, foi desenvolvido originalmente o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. A autora do Modelo, refere que a sua filosofia pessoal de “ajudar cada um a viver” constitui-se como um fator determinante no desenvolvimento da perspectiva de sistemas holísticos no seu Modelo de Sistemas, tendo utilizado como base de construção a sua Especialização em Enfermagem de Saúde Mental, a sua experiência clínica no âmbito de diversas instituições de saúde, as perspectivas teóricas no âmbito do stress e sistemas (Neuman, 1995) e mobilizado os contributos da Teoria de Gestalt, das perspectivas filosóficas de deChardin e Marx, do modelo conceptual de Caplan e do conceito de stress de Selye (Freese, 2002).

No Modelo de Sistemas de Betty Neuman, a pessoa é vislumbrada enquanto sistema que pode apresentar-se como pessoa, família, grupo, comunidade ou questão social. O sistema apresenta-se como um conjunto dinâmico de inter-relações que ocorrem entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e desenvolvimento (Freese, 2002). Este Modelo, deriva da teoria de Gestalt (Neuman, 1982 cit. por Freese, 2002) a qual descreve a homeostase como “(...) o processo através do qual um organismo mantém o seu equilíbrio e, conseqüentemente, a sua saúde, sob condições diversas.”(Freese, 2002, p.336). A manutenção deste equilíbrio decorre do processo de adaptação, que se prevê como contínuo e dinâmico para assegurar a satisfação das múltiplas necessidades, sendo que a sua insatisfação coloca em causa a harmonia e equilíbrio da pessoa. A reciprocidade entre equilíbrio e desequilíbrio é constante ao longo da vida e quando ocorre uma falha no processo de homeostasia, pode surgir a doença (Freese, 2002). O Modelo deriva igualmente das perspectivas filosóficas de deChardin e Marx (Neuman, 1982 cit. por Freese, 2002) o que permitiu Neuman confirmar que os padrões do todo influenciam a consciência da parte. Seguindo esta linha de pensamento, Neuman baseou-se noutros autores, nomeadamente na definição de *stress* de Selye, que descreve o mesmo como uma resposta não-específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito aumentando a necessidade de reajustamento. Por sua vez, os estímulos causadores de tensão são denominados *stressores* e podem ser: forças intrapessoais, que ocorrem apenas no indivíduo; forças interpessoais, que ocorrem entre um ou mais indivíduos; forças extrapessoais, que ocorrem fora do indivíduo (Selye, 1974 cit. por Freese, 2002).

O conceito de níveis de prevenção do modelo conceptual de Caplan foi mobilizado, adaptado e relacionado com enfermagem, destacando-se três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (Caplan, 1964 cit. por Freese, 2002). Enquanto conceito meta paradigmático integrante do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, “(...) a enfermagem diz respeito à totalidade da pessoa.” (Freese, 2002, p.340) e constitui-se como uma profissão singular que se relaciona com as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao stress (Neuman, 1982 cit. por Freese, 2002). Consequentemente, as intervenções de enfermagem objetivam auxiliar o sistema a adaptar-se ou manter algum grau de estabilidade entre as variáveis do sistema do cliente e os agentes stressores ambientais, tendo como foco de atenção a conservação de energia (George, 2000).

Os três níveis de prevenção identificados são usados para “(...) reter, atingir e manter o equilíbrio do sistema.” (George, 2000, p.231). Assim sendo, de acordo com George (2000) a prevenção primária acontece antes do sistema responder ao *stressor* e inclui a promoção da saúde que deve acontecer quando o risco ou perigo é identificado. As estratégias a utilizar incluem a educação em saúde, o exercício e as modificações no estilo de vida. A prevenção secundária acontece após o sistema reagir ao *stressor* e baseia-se nos sintomas verificados, tendo como objetivo readquirir a homeostasia do sistema e conservar a energia ao fazê-lo. Se não for eficaz a consecução deste nível de prevenção, a estrutura básica não conseguirá sustentar o sistema e poderá ocorrer a morte. Por fim, a prevenção terciária acontece após o sistema ter sido intervencionado pelo nível anterior de prevenção, podendo ter início após a estabilidade do sistema ter sido retomada. O objetivo da prevenção terciária é manter o bem-estar e proteger a reconstituição do sistema por intermédio dos recursos existentes (George, 2000).

No diagrama do Modelo de Sistemas de Betty Neuman encontram-se identificados os principais conceitos do Modelo, nomeadamente: a abordagem da totalidade da pessoa, sistema aberto, estrutura básica, ambiente, ambiente criado, stressores, linhas de defesa e de resistência, grau de reação, prevenção enquanto intervenção e reconstituição (Neuman, 1982 cit. por Freese, 2002). Na segunda edição do Modelo, a autora, aprofundou os conceitos de abordagem escolástica, conteúdo, processo, *input e output*, *feedback*, negentropia, entropia, estabilidade, bem-estar e doença (Mirenda, 1992; Neuman, 1988; Neuman 1992 cit. por

Freese, 2002). O sistema da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem é representada no diagrama por uma estrutura básica cerca por círculos concêntricos (George, 2000).

Em síntese, os pressupostos identificados por Betty Neuman como subjacentes ao seu Modelo são bastantes elucidativos, remetendo-nos para a perspectiva de que apesar de cada indivíduo ou grupo, enquanto sistema do cliente, seja único, possui fatores conhecidos comuns ou características inatas contidas na estrutura básica. Este enuncia que existem distintos stressores podendo ser conhecidos, desconhecidos e universais e cada um deles diverge na forma em que irá afetar a linha de defesa normal da pessoa, sendo que as inter-relações das variáveis da pessoa, que podem ser de natureza fisiológica, psicológica, sócio-cultural, espiritual e de desenvolvimento, podem afetar a qualquer momento o nível de proteção conferido pela linha de defesa flexível contra reações a um ou vários *stressores*. Deste modo, cada sistema desenvolveu um conjunto de respostas ao ambiente que se intitula como linha de defesa normal, que pode ser usada como padrão a partir do qual se mede o desvio de saúde e quando o efeito de amortecedor da linha de defesa flexível não é capaz de proteger o sistema de um *stressor* ambiental, o *stressor* irá quebrar a linha de defesa normal, sendo que as inter-relações das variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento) determinam o grau de reação ao *stressor*. A pessoa é constituída por um composto dinâmico de inter-relações das variáveis e o seu bem-estar está num contínuo de energia para sustentar a estabilidade do sistema e cada sistema possui linhas de resistência cuja função é estabilizar e devolver à pessoa o estado habitual de bem-estar ou a um nível de estabilidade mais elevado após uma reação ambiental perante um *stressor*. No âmbito das intervenções a implementar mediante as fases e reações do sistema, são identificados três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (que já foram anteriormente descritas em detalhe) e nesta continuidade de pressupostos enunciados pela autora do Modelo de Sistemas, o último elucida que enquanto sistema, a pessoa encontra-se numa dinâmica e constante troca de energia com o ambiente (Neuman, 1995).

De acordo com Freese (2002) o Modelo de Sistemas de Betty Neuman assume grande relevância para a atual e futura prática de enfermagem, uma vez que a sua utilização facilita as abordagens unificadas e a visão holística ao cuidar. Destaca-se a flexibilidade que o Modelo possui, sendo que pode ser utilizado em distintas áreas de enfermagem, tais como: administração, educação e prática (George, 2000). A aplicabilidade do Modelo não se limita à



prática de enfermagem, uma vez que ao delinear um sistema da pessoa e de classificação de stressores, permite a compreensão e utilização por parte de todos os membros da equipa de saúde, impedindo a fragmentação dos cuidados à pessoa (Mirenda, 1986, cit. por Freese, 2002). Realçamos que a abordagem holística adotada pelo modelo, confere-lhe fácil aplicabilidade a pessoas que experienciam *stressores* complexos, assim como a perspetiva sistémica que o caracteriza permite aos enfermeiros que o aplicam, analisar e cuidar da unidade familiar enquanto um só (Freese, 2002).

A compreensão do Modelo de Sistemas de Betty Neuman e a inclusão da sua abordagem nos cuidados de Enfermagem, possibilitou a criação de um paralelismo entre os pressupostos do mesmo e a temática do documento em apreço. A abordagem sistémica preconizada pelo Modelo viabiliza a compreensão da complexidade, globalidade, reciprocidade e multidimensionalidade da família, e possibilita a “(...) ampliação do foco de observação do indivíduo para a família, a compreensão da sua complexidade através das relações intra-sistémicas e inter-sistémicas; a aceitação dos seus processos de auto-organização e reconhecer a sua participação no sistema, pela validação de possíveis realidades.” (Figueiredo, 2013, p.2). Assim, através da adoção do Modelo, vislumbramos a vivência de um processo de saúde-doença por parte da pessoa e da sua família, neste caso a vivência de episódios psicóticos, como um *stressor* que afetará a linha de defesa normal e consequentemente conduzirá a uma reação por parte do sistema, que objetiva devolver à pessoa o estado habitual de bem-estar. Para que o estado habitual de bem-estar ocorra são mobilizados os níveis de prevenção apresentados por Neuman (1995), através da implementação de intervenções psicoeducativas. Estas intervenções, enquadram-se nos tipos de prevenção enumerados pelo Modelo, uma vez que promovem a capacitação das famílias através da potencialização dos seus recursos, promovendo a consecução dos seus projetos em saúde.

## **2.5 Relação de Ajuda**

O EEESMP desenvolve uma relação interpessoal com as pessoas e famílias alvo dos seus cuidados, por intermédio de um processo intersubjetivo de partilha que engloba a vulnerabilidade individual, no qual existe um processo de trocas recíprocas de afetação entre



os intervenientes (Vieira, 2009). É estabelecida uma parceria durante a prestação de cuidados de Enfermagem, a qual incorre do “(...) reconhecimento da autonomia e das capacidades da pessoa, promovendo a participação das pessoas significativas, na prossecução do seu projeto de saúde.” (Vieira, 2009, p.88). Assim, de acordo com Vieira (2009), os cuidados prestados são promotores da aprendizagem da pessoa e da capacidade de gestão dos próprios recursos, objetivando a máxima autonomia o mais precocemente possível.

Seguindo esta linha de pensamento, Mendes (2016) refere que os cuidados de enfermagem centram-se nas relações interpessoais, sendo o relacionamento humano a componente que caracteriza os cuidados prestados. É no âmbito destas relações interpessoais desenvolvidas durante a prestação de cuidados de enfermagem que surge a relação de ajuda enquanto “instrumento válido, útil e com fidelidade comprovada num processo de cuidados de enfermagem.” (Mendes, 2006, p.71). É defendido por Adam (1994), que a prestação de cuidados de enfermagem deveria ocorrer sempre num contexto de relação de ajuda, sendo este contexto no qual os cuidados assumem uma maior relevância e condicionam a qualidade assim como a eficácia da globalidade dos mesmos que a pessoa, a família ou a comunidade necessitam. Assim, o relacionamento humano assume-se enquanto forma de cuidar na qual são mobilizados valores, intenções, conhecimento, empenho e ações (Watson, 2002) sendo que a habilidade para estar numa relação de cuidar exige mais do que o aperfeiçoamento das habilidades de comunicação comportamentais, exige principalmente avaliação das “(...) coerências de cada um, o desenvolvimento de uma consciência relacional e um interesse na continuidade do relacionamento, e não apenas a centralidade da atenção em si mesmo, mas a sua extensão aos outros.” (Mendes, 2006, p.72).

De acordo com Phaneuf (2005), o autor Carl Rogers, a quem devemos a relação de ajuda, adota uma filosofia humanista ancorada no conceito de autonomia defendendo igualmente que a relação com o outro assume-se como essencial. O mesmo considera que a relação não é apenas um instrumento de cura mas também uma ajuda para a auto-realização para a pessoa cuidada, ou seja, para que esta estabeleça contato consigo mesma necessita da intervenção do outro que a auxilia a descobrir o seu íntimo e possibilidades. Deste modo, a enfermeira torna-se um instrumento de evolução, influenciando fortemente a pessoa ajudada, uma vez que em situações problemáticas que esta não seja capaz de enfrentar sozinha, “(...) é

na relação de ajuda com a enfermeira que ela pode encontrar alívio, reconforto e crescimento.” (Phaneuf, 2005, p.333).

Chalifour (2008) defende que cada profissional de saúde, decorrente da sua formação e experiências profissionais, desenvolve o seu modo ímpar de estar em relação com as pessoas alvo dos seus cuidados. Por intermédio de uma análise sistemática, foi possível perceber que as intervenções são influenciadas pela nossa personalidade, conhecimentos, habilidades profissionais, pela concepção individual de pessoa e saúde, pela compreensão de quais os motivos que estão por base da necessidade de ajuda e que estes podem variar de acordo com o contexto. Em síntese, “(...) o profissional intervém a partir daquilo que ele é e orienta-se segundo um modelo de ajuda que lhe serve de referência.” (Chalifour, 2008, p.7).

Partindo desta orientação da qual provém a intervenção dos profissionais, o autor constatou que existem vários profissionais que sentem dificuldades em denominar e descrever o modelo que fundamenta a sua prática. Esta dificuldade tem repercussões que se manifestam através de incoerências entre os valores defendidos e os comportamentos adotados, qualidade da relação estabelecida e consequentemente das intervenções implementadas (Chalifour, 2008). Reconhecendo a importância da identificação de qual o modelo e princípios teóricos que norteiam as nossas intervenções, uma vez que só através da mesma é possível oferecer ajuda eficaz, recordamos que o modelo eleito para a nossa prestação de cuidados foi o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (analisado no subcapítulo anterior) e o Modelo Geral de Relação de Ajuda Profissional, enquanto modelo que possibilitou a fundamentação e personalização do nosso modo de conceber a relação de ajuda.

O Modelo Geral de Relação de Ajuda Profissional fundamenta-se na abordagem existencial-humanista adaptada por diversos autores com interesse na abordagem centrada na pessoa (Meador & Rogers, 1984; Merans & Throne, 1989; Rogers 1968; Rogers & Kinget, 1969; St.Arnaud, 1983; Watson, 1979 cit. por Chalifour, 2008) pela Gestalt terapia (Bouchard, 1990; Delisle, 1992; Ginger 1992; Polster & Polster, 1983; Zinker, 1981 cit. por Chalifour 2008) e pela corrente interacionista em enfermagem (Beck, Rawlins & Williams, 1984; King, 1971; Orlando, 1979; Peplau, 1952 cit. por Chalifour, 2008). Este modelo conjuga as ideias dos diversos autores enunciados acerca da abordagem existencial-humanista da relação de ajuda profissional e da intervenção terapêutica, descreve as ligações existentes entre a comunicação

corrente, a relação de ajuda profissional, a entrevista e a intervenção psicoterapêutica (Chalifour, 2008). Deste modo, decorrente do nosso auto-conhecimento, da nossa formação e experiências profissionais em distintos contextos, considerámos que a definição de relação de ajuda defendida pelo modelo enunciado, se coaduna com o nosso modo de estar na relação e revela eficaz na condução e avaliação das nossas intervenções. Seguidamente apresentamos a definição de relação de ajuda, assim como as fases que a constituem e estiveram presentes nas interações estabelecidas durante a prestação de cuidados.

De acordo com Chalifour (2008), em contexto profissional a relação de ajuda constitui-se como uma “(...) interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adota um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.” (p.33). A relação de ajuda profissional possibilita a criação das melhores condições possíveis para ajudar a pessoa a enfrentar a dificuldade que apresenta, sendo que estas derivam do reconhecimento de que a pessoa é um ser único que possui um modo singular de interagir com o seu ambiente, na estruturação dos meios que possibilitam o aumento da auto-consciencialização e aceder aos seus recursos pessoais. Estes recursos em associação aos serviços profissionais irão permitir à pessoa fazer face às dificuldades, responder às suas necessidades e desenvolver-se no sentido da natureza (Chalifour, 2008).

Chalifour (2008) refere que no processo contínuo no qual decorre a relação de ajuda profissional é possível identificar uma evolução da relação entre o interveniente e a pessoa, delimitando-se a existência de 3 fases de acordo com o autor, que seguidamente se apresentam: fase de orientação da relação, fase de trabalho ou de emergência das identidades e fase de conclusão da relação.

A primeira fase da relação de ajuda denominada fase de orientação da relação, inicia-se com o primeiro encontro e perdura até ser definida a necessidade de ajuda. Este é o momento da relação de ajuda em que ocorre o acolhimento da pessoa num clima de abertura, respeito e de autenticidade pelo que é ele começando a constituir-se a relação (Chalifour, 2008). As tarefas a assumir pelo interveniente nesta fase são: “favorecer a criação de um clima



de confiança; clarificar os papéis assumidos por cada um na relação; acompanhar o cliente na expressão da sua necessidade de ajuda; informar o cliente dos recursos humanos e físicos à sua disposição; esclarecer o cliente acerca das rotinas, políticas e regulamentos da instituição.” (Chalifour, 2008, p. 125). Decorrente da colheita de dados realizada nesta fase, o interveniente pode estabelecer um diagnóstico estrutural e um diagnóstico da dificuldade da pessoa e propor um plano de intervenção, se assim considerar necessário (Chalifour, 2008).

Por sua vez, a segunda fase da relação de ajuda, denominada fase de trabalho ou de emergência das identidades, inicia-se quando o interveniente já esclareceu a necessidade de ajuda, as expectativas da pessoa e uma vez que já a conhece melhor, seleciona quais as estratégias mais adequadas para responder às suas necessidades. O término desta fase acontece quando a pessoa está em vias de concluir a relação. Existem intervenções facilitadoras da realização da presente etapa do processo de ajuda, tais como definir estratégias suscetíveis de responder às necessidades da pessoa e favorecer a aprendizagem e expressão de novos comportamentos (Chalifour, 2008). De acordo com o mesmo autor, o modelo referenciado propõe cinco estratégias que abrangem uma ampla extensão de intervenções psicossociais que são suscetíveis de responder às necessidades da pessoa, sendo elas a “terapia de resolução de problemas, a terapia do luto, a terapia de suporte, a terapia da crise e a terapia expressiva favorecendo a consciência-de-si” (Chalifour, 2008, p.126). No âmbito da aprendizagem e expressão de novos comportamentos, o interveniente encoraja a pessoa a reconhecer e a expressar as suas necessidades, emoções e resistências conduzindo-a a um processo de consciencialização da sua vontade ou não de mudar e caso queira mudar, da sua capacidade para ultrapassar obstáculos nesse processo (Chalifour, 2008).

Por fim, de acordo com Chalifour (2008), a última fase denomina-se fase de conclusão da relação corresponde ao término da mesma, devendo o interveniente ao longo dos últimos encontros assumir tarefas facilitadoras da sua passagem tais como: comunicar as suas impressões acerca da relação que se termina e assegurar a transição da pessoa entre a sua situação atual e a situação futura. Quando se prevê que a relação de ajuda está no momento de terminar, o profissional de saúde e a pessoa devem reconhecer as suas vivências e dar-se o tempo necessário para proceder à sua partilha. Para além deste aspeto, tendo em conta que o trabalho terapêutico visa a resolução de um problema, nesta fase deve-se igualmente avaliar a consecução ou não dos objetivos inicialmente propostos e assegurar a transição da pessoa



entre a situação atual e futura, tendo sempre em conta o próximo contexto de cuidados em que a pessoa se encontrará inserida.

Consideramos que o conceito de relação de ajuda decorrente do modelo acima descrito e pressupostos teóricos que o suportam, é o que mais se identifica com o nosso agir e simultaneamente com a temática em estudo. Deste modo, enquanto futuros EEESMP, consideramos essencial que o nosso agir se guie pelo “(...) reconhecimento do cliente como um ser único detentor de um modo particular de interagir com o seu ambiente, e na estruturação de meios que lhe permitam adquirir uma melhor consciência-de-si e aceder aos seus recursos pessoais.” (Chalifour, 2008, p.120), tal como iremos aprofundar na segunda parte do presente relatório. Para além do respeito pelo reconhecimento da unicidade das pessoas alvo dos nossos cuidados, destacamos o conhecimento acerca da relação de ajuda enquanto pedra basilar orientadora, que conduz à mobilização de técnicas de comunicação e estratégias relacionais, com o intuito de estabelecer a relação de índole pretendido. Assim, através de um investimento contínuo e em trajetória ascendente na aquisição de conhecimentos e habilidades no âmbito das técnicas comunicacionais e relacionais, consideramos que é possível promover um ambiente favorecedor ao estabelecimento da relação de ajuda, assim como, necessário “(...) à procura de uma resposta, à gestão de uma dificuldade ou de um problema de uma resposta, à gestão de uma dificuldade ou de um problema ou à elaboração de estratégias que favoreçam a adaptação numa relação marcada de respeito, confiança mútua, compreensão empática, compaixão e esperança.” (Chalifour, 2008, p.213)

### 3. METODOLOGIA DE PROJETO

A Metodologia de Projeto é uma metodologia associada à investigação, cujo foco de atuação é a resolução de problemas, que conduz à aquisição de capacidades e competências pessoais por intermédio da elaboração de projetos numa situação real. Esta, suporta-se no conhecimento teórico cuja implementação acontece posteriormente na prática, constituindo-se como uma ponte entre a teoria e a prática (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010). Neste sentido, a Metodologia de Projeto define-se enquanto “(...) conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real.” (Guerra, 1994 cit. por Ferrito et al., 2010, p.3), ou seja, a metodologia em apreço prevê antecipadamente uma mudança.

Para além dos aspetos suprarreferidos inerentes à Metodologia de Projeto, esta caracteriza-se ainda como uma atividade intencional que pressupõe a consecução dos objetivos estabelecidos, visa a iniciativa e autonomia de quem a realiza, requer autenticidade no âmbito da identificação da problemática, originalidade no âmbito da abordagem à mesma, integra complexidade e incerteza e assume um carácter prolongado e faseado, prolongando-se num período de tempo que engloba a transição de cada uma das fases da metodologia (Ferrito et al., 2010). Assim, a Metodologia de Projeto é constituída pelas seguintes fases: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ferrito et al., 2010) que seguidamente apresentaremos em associação às atividades desenvolvidas.

#### 3.1 Diagnóstico de Situação

O Diagnóstico de Situação corresponde à primeira fase da Metodologia de Projeto surge enquanto processo contínuo e dinâmico no qual decorre a caracterização da situação. Esta é a fase na qual são definidos os problemas quer de índole quantitativa ou qualitativa, são estabelecidas as prioridades, indicadas as possíveis causas e são selecionados posteriormente os recursos e grupos envolvidos (Ferrito et al., 2010). Assim, numa abordagem mais aprofundada, o Diagnóstico de Situação analisa o “(...) contexto social, económico e cultural

onde o problema se insere, assim como as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes. Assim, deverá assumir um carácter sistémico, interpretativo e prospetivo (...)” (Ferrito et al., 2010, p.11).

No período de 6 semanas no qual decorreu o Estágio I, foram prestados cuidados maioritariamente a pessoas que experienciaram o primeiro episódio psicótico, cuja faixa etária se encontrava entre os 18 e os 27 anos. Os cuidados prestados incluíam a pessoa bem como a sua família, e nas conversas informais estabelecidas com os mesmos, foi notória e identificada a necessidade de expressar sentimentos, desenvolver estratégias de *coping* e aumentar os conhecimentos acerca das alterações comportamentais e emocionais decorrentes da psicose e de que modo poderiam viver com o familiar com psicose. Como consequência do conjunto de experiências significativas vivenciadas, aleadas ao interesse pessoal e profissional de prestar cuidados à família no âmbito psicoeducacional, foi realizado um investimento a nível de conhecimentos e transmitido ao Enfermeiro Orientador e Docente Orientadora a motivação existente para investir nesta área.

Posteriormente no âmbito do Estágio Final, a motivação para investir nesta área manteve-se e foi expressa nas reuniões entre o Enfermeiro Orientador e Docente Orientadora. Numa primeira fase, foi decidido desenvolver-se uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) no âmbito das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias do adulto jovem, com psicose. Contudo, após resultados pouco expressivos resultantes dessa pesquisa acerca do fenómeno e discussão com Enfermeiro Orientador acerca desta escolha, foi repensada a população alvo e surgiu a ideia de ter como foco de atenção o primeiro episódio psicótico e situações de cronicidade no âmbito da psicose. Desta discussão baseada nos pressupostos da literatura, da evidência científica disponível, e na(s) necessidades emergentes da prática clínica e tendo em conta as competências que se previam adquirir, acordámos que seria desafiador termos como foco de atenção as intervenções psicoeducativas do EEESMP com as famílias da pessoa no primeiro episódio psicótico e com as famílias das pessoas com psicose. Acrescendo deste modo a(s) perspetivas, em termos de comparabilidade, da dimensão de fase aguda ou crónica desta perturbação mental e quais as diferenças do seu impacto na família e consequentemente nas intervenções implementadas.

A par desta descrição do percurso realizado e motivos enunciados de índole profissional e pessoal, para a eleição da temática em estudo, considerados fundamental a apresentação de dados acerca da prevalência de doenças mentais e da psicose na União Europeia e em particular em Portugal, uma vez que se constituem como elementos igualmente pertinentes para realizar o diagnóstico da situação.

Nos países da União Europeia (UE), a perturbação da ansiedade é a perturbação mental mais comum afetando 25 milhões de pessoas, seguem-se as perturbações depressivas que afetam mais de 21 milhões de pessoas e estima-se que 11 milhões de pessoas apresentam perturbações de consumo de álcool e drogas. Por sua vez, as doenças mentais graves tais como a perturbação bipolares afeta quase 5 milhões de pessoas e as perturbações esquizofrénicas afetam 1,5 milhões de pessoas. Vislumbrando individualmente os países pertencentes à UE, verifica-se que a prevalência estimada de doenças mentais é mais elevada na Finlândia, Holanda, França e Irlanda (com uma taxa igual ou superior a 18,5% correspondente à presença de pelo menos uma doença mental), e menor na Roménia, Bulgária e Polónia (possuindo taxas inferiores a 15% da população). De acordo com Munizza et al. (2013), a diferença referenciada pode dever-se a uma maior aceitação das doenças mentais e consequente redução do estigma mental associado às mesmas, fácil acessibilidade aos serviços de saúde mental o que promove o diagnóstico e expressão de sintomatologia experienciada. Em 2015, mais de 84 000 pessoas morreram de doença mental e suicídio, sendo este dado uma subestimação de que diversas pessoas com doença mental também morrem prematuramente por padecerem de problemas de saúde física e doenças crónicas que não recebem tratamento adequado.

Relativamente ao impacto económico causado pelas doenças mentais, estima-se que os custos totais relacionados com as mesmas, tenham excedido os 4% do Produto Interno Bruto (PIB) nos 28 países da UE, o que equivale a mais de 600 milhões de euros. As despesas que contribuem para estes custos derivam das despesas com os sistemas de saúde (1,2% do PIB), em programas de segurança social (1,6% do PIB) e em custos indiretos associados ao impacto das doenças mentais no mercado de trabalho, nomeadamente redução de emprego e produtividade (Organization for Economic Co-operation and Development & European Union, 2018).



No âmbito da realidade portuguesa, o Estudo Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida, & Xavier, 2013) revela que a população adulta portuguesa apresenta uma elevada prevalência de perturbações psiquiátricas, sendo o país europeu com a segunda prevalência mais elevada de morbilidade psiquiátrica. As perturbações psiquiátricas em Portugal que apresentam prevalência anual mais elevada são as perturbações de ansiedade (16,5%) seguidamente surgem as perturbações de humor (7,9%) e com valores consideravelmente mais inferiores surgem as perturbações de controlo de impulsos (3,5%) e as perturbações pelo abuso de álcool (1,6%). A mortalidade no âmbito das doenças mentais é baixa, estando relacionada maioritariamente com o suicídio (3,1% em 2015), sendo que o número de suicídios em Portugal é de cerca de mil casos por anos mantendo-se estável. Contudo, apesar da mortalidade ser considerada baixa, tem sido foco de preocupação o número de dias vividos com incapacidade, uma vez que este fenómeno relaciona-se com as pessoas que vivem mais anos, mas com incapacidade o que se traduz numa sobrecarga para a sociedade (Ministério da Saúde, 2018). Nesta matéria, verificou-se que 23,38% corresponde à prevalência de anos de vida vividos com incapacidade em Portugal, causados por doenças mentais e de comportamento (Caldas de Almeida, & Xavier, 2013).

As estimativas existentes sobre a incidência da psicose, a nível nacional e internacional são reduzidas, contudo um estudo australiano acerca de prevalência de doenças mentais demonstrou que a prevalência de pessoas com psicose envolvidas no tratamento num período de um mês foi de 4,7 por 1000 adultos (Jablensky, et al., 2000). Por sua vez, a esquizofrenia, enquanto perturbação psicótica mais frequente e doença mental crónica, afeta mais de 23 milhões pessoas no mundo, atinge 12 milhões de pessoas do sexo masculino e 9 milhões de pessoas do sexo feminino, surgindo mais precocemente nas pessoas do sexo masculino. As pessoas com esquizofrenia são 2-3 vezes mais propensas a morte prematura do que a população em geral pelas comorbidades associadas a doenças cardiovasculares, metabólicas e infeções (World Health Organization, 2018).

Relativamente à realidade portuguesa, recorreremos ao documento Portugal Saúde Mental em Números- 2015 de autoria da Direção Geral da Saúde (DGS) que disponibiliza dados hospitalares relevantes sobre a caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade relativos a psicoses, a psicoses esquizofrénicas, a psicoses afetivas e a psicoses

não orgânicas em Portugal Continental entre 2010 e 2014, sendo que seguidamente apresentamos as tabelas de caracterização inerentes às psicoses e psicoses esquizofrénicas.

**Quadro n.º 3-** Caracterização da produção hospitalar e padrões de morbilidade relativos a psicose em Portugal Continental entre 2010 e 2014 (Direção Geral da Saúde, 2016, p.38)

PSICOSES					
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	10.161	10.217	10.636	10.789	10.640
Dias Internamento	210.982	226.967	210.979	220.088	212.899
Demora Média	20,8	22,2	19,8	20,4	20,0
Day Cases (DC)	330	301	383	397	396
Demora Média sem DC	21,5	22,9	20,6	21,2	20,8
Óbitos	24	38	30	29	30

Com o intuito de proporcionar um maior entendimento da leitura da tabela apresentada, procedemos ao esclarecimento de alguns dos conceitos contemplados pela mesma. Assim, os “Utentes saídos” referem-se ao indicador que mede a produção em internamento, que engloba as pessoas que possuem alta do internamento de uma Instituição de Saúde num período de referência. O conceito “Day Case” remete-nos para o número de pessoas que permaneceram no internamento num internamento por período inferior a um dia, sendo que se excluem aqueles que faleceram no primeiro dia de internamento. Por fim a “Demora média de internamento” corresponde ao indicador que procede à medição da produção do internamento considerando o número médio de dias de internamento por “utente saído” de uma Instituição de Saúde num período de referência (Direção Geral da Saúde, 2016). Deste modo, partindo do registo apresentado pela tabela inerente à Caracterização da produção hospitalar e padrões de morbilidade relativos a psicose em Portugal Continental entre 2010 e 2014, verificou-se uma tendência de aumento no total de utentes saídos, no total de dias de internamento, nos Day Cases e no número de óbitos.

A psicose apesar de ser uma perturbação menos comum do que as perturbações não psicóticas, está relacionada com um maior grau de incapacidade comparativamente às outras doenças mentais, atingindo igualmente custos sociais e económicos mais elevados (Knapp, Mangalore, & Simon, 2004). Numa segunda instância, tal como nos indica Koutra et al. (2014), a vivência de uma situação de doença causa sofrimento não só para a pessoa, mas também para a família, o que gera desequilíbrio no sistema familiar exigindo o reajustamento dos

papéis desempenhados. É reconhecido o papel fundamental que o familiar cuidador da pessoa com psicose desempenha (Sin et al., 2017), contudo a aquisição deste papel acarreta repercussões a nível físico, psicológico e emocional, manifestados através de vários sintomas tais como: pressão arterial elevada, ansiedade, stress e depressão (Lowenstein et al., 2010). Por sua vez face, através do reconhecimento da importância que o envolvimento familiar tem, assim como, da identificação das necessidades do mesmo, elegeu-se a psicoeducação enquanto prática baseada na evidência considerada eficaz, pela flexibilidade associada ao seu modo de implementação, que incorpora informações específicas sobre a doença e estratégias adaptativas para gerir as circunstâncias relacionadas com o processo de saúde-doença (Lukens & McFarlane, 2004).

Em suma, a apresentação de dados epidemiológicos inerentes às doenças mentais e em particular à psicose, a nível europeu e nacional, o reconhecimento fundamentado da necessidade emergente que as famílias têm em receber apoio e suporte, assim como, o conhecimento acerca da realidade do Departamento de Psiquiatria onde foram realizados ambos os estágios, levou-nos a identificar como problema a ausência de um plano estruturado de intervenções psicoeducativas dirigido aos familiares das pessoas com psicose.

### **3.2 Definição dos objetivos**

Consideramos a definição de objetivos como uma das fases fulcrais que integram a Metodologia do Projeto, uma vez que são os objetivos que nos indicam os resultados que se pretendem obter, (Mão de Ferro, 1999) e consequentemente assumem a função de nortear a nossa ação. De acordo com Nogueira (2005) a definição dos objetivos exige uma descrição sucinta dos problemas identificados de modo a facilitar a delimitação do problema e consequentemente para que a formulação dos objetivos seja clara.

Tal como foi possível aferir, as alterações comportamentais e a nível emocional causadas pela psicose, têm impacto não só na pessoa com psicose mas também na sua família, sendo emergente a implementação de intervenções que respondam às necessidades destes familiares e consequentemente promovam a homeostasia do sistema familiar. As intervenções



psicoeducativas surgem então como uma resposta às necessidades de índoles distintas que são identificadas nos familiares da pessoa com psicose. De acordo com o Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018, a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica possui como foco de atenção a promoção da saúde mental ao nível da prevenção, diagnóstico e intervenção face a respostas humanas desajustadas ou desadaptadas em processos de transição que contribuem para desenvolvimento de doença mental. O EEESMP na especificidade da área clínica na qual presta cuidados, desenvolve vivências e conhecimentos do âmbito terapêutico que o dotam de capacidades para mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, tal como enuncia a 4ª competência do Regulamento das Competências Específicas do EEESMP referido.

As intervenções psicoeducativas vão igualmente ao encontro dos Enunciados Descritivos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, relacionados com a satisfação do cliente, a promoção da saúde e a prevenção de complicações, a adaptação e a redução do estigma e a promoção da inclusão social (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Neste sentido, de acordo com o Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018, o EEESMP no seu agir diário ao mobilizar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais contribui para que a pessoa e família alvo dos seus cuidados alcance um estado de saúde mental próximo do desejável e/ou a adaptar-se e a integrar em si a doença vivida, através da implementação de intervenções identificadas no plano de cuidados elaborado. Em síntese, de acordo com o Regulamento supracitado, este agir incorpora capacidades do enfermeiro para “(...) interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar.” (p.21430).

Seguindo a linha de pensamento adotada, na qual se evidencia a capacidade, conhecimentos e competências reconhecidas ao EEESMP para implementar intervenções psicoeducativas cujos resultados confluem para a prestação de cuidados de qualidade, em complementaridade às recomendações evidenciadas no Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Ministério da Saúde, 2008, p.9), no Plano de Ação 2007-2016 de



Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007), no PNSM 2017 (Ministério da Saúde, 2017) e no PNS 2020 (Ministério da Saúde, 2015), literatura e em *guidelines* internacionais (Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2014), os objetivos que definimos são os seguintes:

- Realizar uma RSL procurando a mais recente evidência sobre as intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas no primeiro episódio psicótico *versus* com as famílias das pessoas com psicose.

- Realizar uma proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras de intervenção psicoeducativa, a realizar com as famílias das pessoas com psicose.

### 3.3 Planeamento

O Planeamento enquanto terceira fase da Metodologia de Projeto, constituiu-se como a fase na qual são definidas as atividades a desenvolver, bem como, os métodos de pesquisa e o respetivo cronograma (Hungler et al, 2001 cit. por Ferrito et al., 2010). De acordo com Miguel (2006), a escolha das atividades, meios e estratégias eleitas nesta fase confluem com os objetivos anteriormente definidos.

Atualmente os Enfermeiros enfrentam vários desafios decorrentes da quantidade e qualidade de informação disponível, tais como: diminuir a lacuna entre a evidência existente e a ação implementada (International Council of Nurses, 2012) promover a melhoria dos cuidados prestados através da procura de conhecimento científico e diminuir os custos operacionais (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004). A Prática Baseada na Evidência (PBE) auxilia os Enfermeiros a responder aos desafios colocados, uma vez que consiste num “(...) método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente

no contexto do cuidar” (International Council of Nurses, 2012, p.10). É unânime que os enfermeiros ao recorrerem à PBE na sua práxis diária, estarão capacitados para colocar boas questões sobre de que modo e em que momento devem repensar a sua prática, evidenciando que utilizam informação válida como base das suas decisões, avaliam a sua prática assim como têm conhecimento se os resultados pelos quais estão a ser avaliados são adequados e aceites (International Council of Nurses, 2012).

Assim, a PBE objetiva a incorporação dos resultados da investigação na prestação de cuidados em distintos níveis de intervenção, enaltecendo a importância que a investigação assume na prática clínica (Galvão et al., 2004). A OE reconhece que a Investigação em Enfermagem revela-se essencial para o desenvolvimento, a avaliação e a expansão do conhecimento em Enfermagem, contribui para a prestação de cuidados seguros, promove o desenvolvimento profissional e que assume um caráter basilar “(...) para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, bem como para a melhoria da saúde das comunidades.” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.2).

Em síntese e baseados nos autores suprarreferidos, a PBE enquanto método norteador da prática em Enfermagem, ao agregar a última e melhor evidência científica disponível, contribui para a resolução de problemas da práxis diária dos enfermeiros, e disponibiliza respostas com validade metodológica e científica que suportam a sua tomada de decisão tendo como objetivo a prestação de cuidados de qualidade. A OE corrobora esta linha de pensamento, elucidando-nos que a PBE “(...) constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de Enfermagem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.2). Acrescentando a esta linha de pensamento o pressuposto de que a prática em Enfermagem incorre num questionamento contínuo pelo Enfermeiro para prestar cuidados diferenciados, necessitando-se dos resultados da melhor evidência, para fundamentar decisões e resolver problemas, decidimos investigar qual a evidência científica existente acerca das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas com psicose.

O método utilizado para recolher a evidência científica existente acerca da temática eleita foi a RSL. A mesma constitui-se como uma metodologia rigorosa que objetiva disponibilizar uma síntese abrangente e imparcial de estudos relevantes num só documento,

através da implementação de métodos idôneos e sistematizados, ou seja, esta tem como objetivo apresentar uma síntese da evidência existente acerca de uma temática. O processo de pesquisa que conduz à sua construção, é estruturado e requer a utilização de métodos rigorosos, de modo a garantir que os resultados obtidos são confiáveis e significativos para ocorrer a sua implementação na prática clínica (Aromataris & Munn, 2017a). Neste sentido, para corresponder ao nível de rigor, idoneidade e sistematização inerente à RSL, decidimos adotar a abordagem preconizada pelo Joanna Briggs Institute (JBI), seguindo cada uma das etapas do *Systematic Review Resource Package The Joanna Briggs- Institute Method for Systematic Review Research Quick Reference Guide* (Joanna Briggs Institute, 2015).

O JBI é o Centro Internacional de Pesquisa e Desenvolvimento sem fins lucrativos da Faculdade de Saúde e Ciências Médicas da Universidade de Adelaide que se situa no sul da Austrália e colabora a nível internacional com mais de 70 entidades. O mesmo, em conjunto com as entidades colaborantes, adota uma abordagem que promove e apoia a síntese, transferência e utilização de evidência através do processo de identificação de práticas de saúde apropriadas, significativas e eficazes para alcançar uma melhoria global dos resultados obtidos em saúde (Jordan, Donnelly & Pittman, 2006).

O JBI considera que a PBE, suporta os processos de tomada de decisão, contribuindo deste modo para a viabilidade, adequação, significado e eficácia das práticas adotadas em saúde. A PBE é vislumbrada pelo JBI como um processo cíclico, que visa responder às necessidades dos profissionais de saúde e das pessoas alvo dos seus cuidados, através da procura de evidência. As diferentes formas de evidência recolhidas são agrupadas numa metodologia formal e rigorosa denominada RSL ocorrendo deste modo a divulgação global de informação em formatos apropriados e relevantes para os sistemas de saúde, profissionais de saúde e pessoas alvo dos seus cuidados. Está igualmente contemplada na abordagem do JBI a conceção de programas que permitam a implementação eficaz da evidência e consequente avaliação do seu impacto no âmbito da prática de cuidados de saúde (Jordan, Lockwood, Munn & Aromatis, 2018; Pearson, Jordan & Munn, 2012; Pearson, Wiechula, Court & Lockwood, 2005).

A abordagem adotada pelo JBI é considerada única, sendo o núcleo do JBI o *Model Evidence-based Health Care* (Jordan et al., 2018) que apresentamos seguidamente em figura.



**Figura n.º 1-** *Model Evidence-based Health Care* (Jordan et al., 2018,p.3)



Uma RSL requer a análise de toda a literatura disponível com o intuito de validar a eficácia de uma determinada prática adotada. O processo de síntese a realizar envolve as seguintes etapas: desenvolvimento do protocolo da revisão, formulação da questão da revisão, identificar os critérios de inclusão e exclusão utilizados para selecionar a literatura, delinear a estratégia de pesquisa utilizada para identificar literatura relevante, realizar a apreciação crítica da evidência qualitativa, extração de dados e por fim a fase de síntese de dados (Joanna Briggs Institute, 2015). Seguidamente apresentaremos as tarefas desenvolvidas em cada uma das etapas enumeradas.

No âmbito da primeira etapa, destacamos que desenvolvemos um protocolo da RSL a realizar, uma vez que, de acordo com Joanna Briggs Institute (2015), o mesmo constituiu-se como um guia, auxilia a manter o foco da temática escolhida, garante o rigor científico e minimiza possível vies.

De acordo com Joanna Briggs Institute (2015), a segunda etapa do protocolo corresponde à formulação da questão da revisão, e para tal, recorreremos ao acrónimo PICO



uma vez que este confere suporte na clarificação dos componentes chave que integram a questão de investigação e consequentemente a temática que pretendemos explorar. Os componentes do acrónimo PICO são: (P) problema/participantes ou população, (I) intervenção, (c) grupo controlo/comparação/contexto e (O) *outcome*. Como participantes foram escolhidas as famílias da pessoa no primeiro episódio psicótico e famílias da pessoa com psicose; no âmbito das intervenções contemplam-se as intervenções psicoeducativas com a família da pessoa no primeiro episódio psicótico e com a família da pessoa com psicose implementadas pelo EEESMP; com a intervenção de comparação pretende-se comparar a intervenção psicoeducativa com famílias de pessoas no primeiro episódio psicótico *versus* com famílias de pessoas com psicose e como *outcome* ambiciona-se realizar uma proposta de cuidado com linhas orientadoras de intervenção psicoeducativa com as famílias referidas anteriormente. E deste modo a presente RSL pretende responder à seguinte questão de investigação: “Quais os contributos das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias de pessoas no primeiro episódio psicótico *versus* com famílias de pessoas com psicose?”.

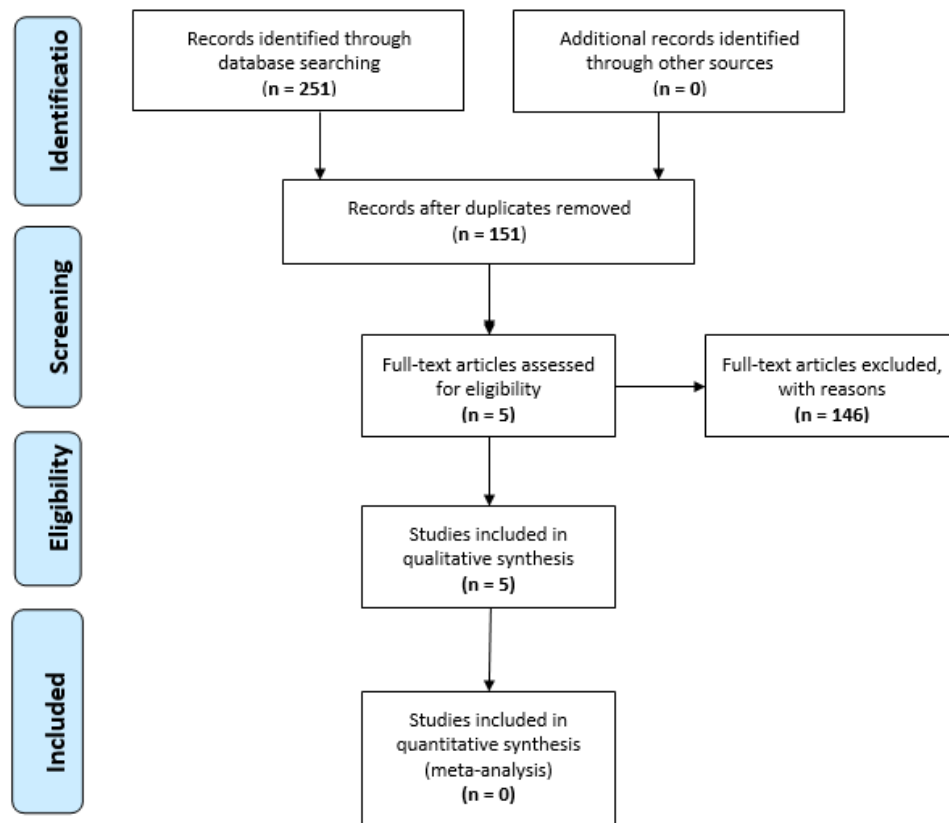
De acordo com o Joanna Briggs Institute (2015), a terceira fase corresponde à identificação dos critérios de inclusão e exclusão utilizados para selecionar a literatura, sendo que os mesmos devem contemplar o tipo de participantes, as intervenções e o *outcome*. Assim, foram identificados os critérios de inclusão e exclusão com função orientada da pesquisa a realizar. Quanto ao tipo de participantes os critérios de inclusão contemplam estudos que incluam: famílias de pessoas no primeiro episódio psicótico e famílias de pessoas com psicose. Quanto ao tipo de Intervenções incluem-se os estudos que abordem a psicoeducação enquanto intervenção implementada pelo EEESMP. Quanto ao *outcome* incluem-se estudos que descrevem as intervenções psicoeducativas implementadas de modo a que nos seja possível construir uma proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras de intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas com psicose. Para além destes critérios de inclusão referidos, incluímos igualmente os estudos primários de natureza qualitativa e quantitativa de modo a contemplar um maior espectro de evidência existente acerca da temática em estudo. Por sua vez, os critérios de exclusão definidos foram os estudos que não se encontrassem entre o período temporal estabelecido, estudos secundários, estudos encontrados em duplicado e estudos não disponíveis em texto integral.

A quarta fase consiste em delinear a estratégia de pesquisa utilizada, sendo referenciado pelos autores do mesmo, a importância que os registos da pesquisa rigorosa e sistemática da literatura assumem. Existem várias etapas subjacentes ao processo de pesquisa, nomeadamente: encontrar as palavras-chave, pesquisa inicial, segunda pesquisa, pesquisa manual, seleção de estudos e manter os registos (Joanna Briggs Institute, 2015).

Deste modo, a pesquisa científica realizada decorreu na plataforma EBSCO, sendo seleccionadas as bases de dados disponíveis: *CINAHL Plus with Full Text*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Clinical Answers*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *MedicLatina*, *Library, Information Science e Technology Abstracts*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. Recorreu-se igualmente às bases de dados *MEDLINE with Full Text* e *B-on*. A pesquisa foi realizada com recurso aos seguintes descritores de pesquisa na língua inglesa: “*Psychoeducational intervention*”, “*mental health*”, “*first psychotic episode*”, “*psychosis*”, “*family*”, “*nursing*”, com a inclusão do operador booleano “*and*”. No momento da pesquisa foi utilizado como Expansor: “pesquisar também no texto integral dos artigos”. Como Limitadores foram utilizados: “texto integral”, “revisto por especialistas”, Idiomas “*english*”, “*portuguese*” e “*spanish*”, tendo sido definido um limite temporal entre Janeiro de 2014 e Janeiro de 2019.

No que concerne à pesquisa realizada nas bases de dados, foram obtidos os resultados que se apresentam na seguinte figura, tendo-se recorrido ao preenchimento do *PRISMA Flow Diagram* (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & PRISMA Group, 2009) para demonstrar o processo de seleção dos artigos a incluir na RSL.

**Figura n.º 2-** Processo de seleção dos artigos a incluir na RSL – *PRISMA Flow Diagram* (adaptado de PRISMA Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analyses 2015)



De acordo com o Joanna Briggs Institute (2015), a quinta fase corresponde à apreciação crítica da evidência qualitativa, cujo foco de apreciação é o rigor do desenho da pesquisa e qualidade do relato. Deste modo, a apreciação crítica tem como foco: a congruência entre a posição filosófica adotada no estudo, a metodologia do estudo, métodos de estudo, representação de dados e interpretação dos resultados; a explicitação do grau de vieses do pesquisador; a relação entre os relatos dos participantes e as conclusões realizadas. O processo de apreciação das evidências qualitativas fundamenta-se na interpretação de dados feita pelo pesquisador e na apresentação das perspectivas dos participantes, sendo referido como a plausibilidade da pesquisa para a qual existem três níveis: inequívoco, plausível e não suportado. Como tal, procedeu-se à apreciação crítica da evidência qualitativa dos cinco artigos científicos reunidos, através da *JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research* (Aromataris & Munn, 2017b) tendo sido obtido o nível plausível para todos eles.

A sexta fase é inerente à extração de dados, que possui como objetivo resumir os métodos, intervenções e resultados da pesquisa realizada (Joanna Briggs Institute, 2015). Deste modo, durante o processo de extração de dados, procedeu-se à construção de uma tabela que se encontra como Apêndice nº1 - Síntese dos artigos selecionados para a Revisão Sistemática da Literatura, baseada nos itens apresentados pelo apêndice do manual *Data Extraction Template for Qualitative Evidence* (Joanna Briggs Institute, 2015). Por uma questão organizativa, criámos uma codificação para cada um dos artigos científicos pela atribuição de uma letra do alfabeto, assim como, uma tabela síntese onde constam os objetivos e resultados de cada artigo, que seguidamente apresentamos.

- A. Family Perceptions of Benefits and Barriers to First Episode Psychosis Carer Group Participation (Petrakis, Bloom, & Oxley, 2014);
- B. Efficacy of a support group intervention on psychopathological characteristics among caregivers of psychotic patients (Mentis, et al. 2015);
- C. Intervening Early with Family Members during First-Episode Psychosis: An Evaluation of Mental Health Nursing Psychoeducation with an Inpatient Unit Petrakis, & Laxton, (2016);
- D. Family Group interventions in an early psychosis program: A re-evaluation of practice after 10 years of service delivery (Day, Starbuck & Petrakis, 2017);
- E. Patients' and Family Members' Experiences of a Psychoeducational Family Intervention after a First Episode Psychosis: A Qualitative Study (Nilsen et al.,2013)

**Quadro n.º 4-** Síntese dos resultados e objetivos dos artigos incluídos na RSL

Artigo	Objetivo	Resultados
A.	Clarificar quais os benefícios e barreias à participação num grupo de cuidadores de pessoas com primeiro episódio psicótico e resposta suas às necessidades	O conhecimento adquirido no grupo foi importante para os cuidadores e os benefícios que se destacam são: redução do isolamento; noção de experiência coletiva; oportunidade de expressar livremente os sentimentos e ser ouvido, redução do estigma, aumento conhecimentos, aumento capacidades no apoio à pessoa com doença mental. Os benefícios e barreiras identificadas foram alvo de reflexão por parte da equipa que dinamiza o grupo de apoio.

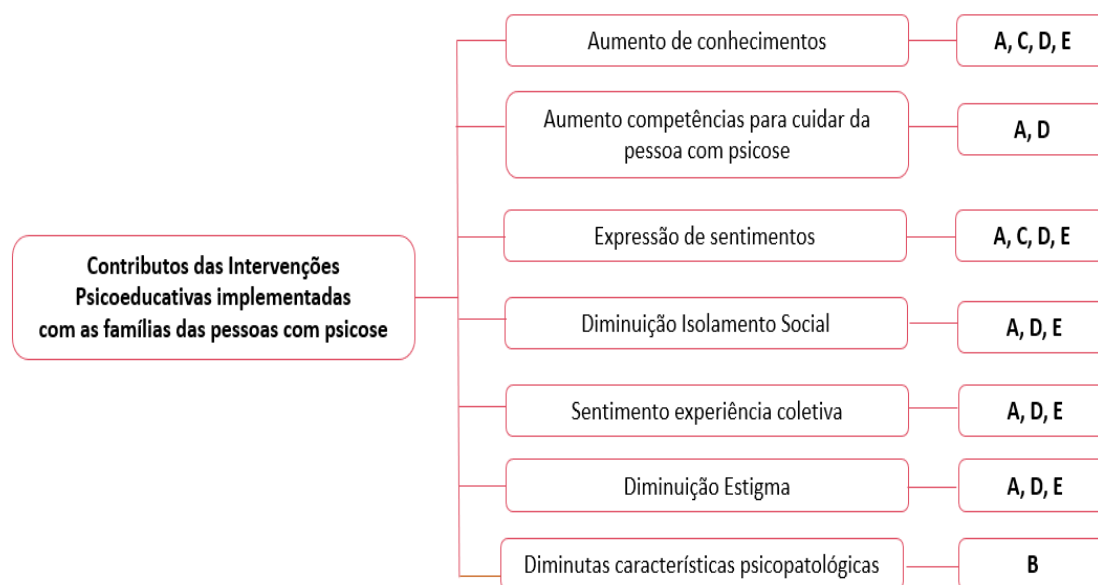


<b>B.</b>	Comparar as características psicopatológicas de familiares cuidadores de pessoas com psicose que participaram em grupos de apoio entre familiares cuidadores de pessoas com psicose que não participaram	A participação em grupos de apoio onde ocorre partilha de sentimentos e experiências ajudam os participantes a lidar com as exigências físicas e psicológicas associadas ao papel de cuidador. As estratégias de intervenção oferecidas contribuem positivamente para melhorar a qualidade de vida dos familiares e pessoas com psicose. Os familiares cuidadores que participaram no grupo de apoio, apresentaram menos características psicopatológicas comparativamente aos familiares cuidadores que não participaram.
<b>C.</b>	Avaliar a utilidade da intervenção psicoeducativa com as famílias e cuidadores de pessoas no primeiro episódio psicótico, implementada por uma enfermeira sénior com formação especializada em psicose precoce, na admissão hospitalar	No primeiro episódio psicótico os participantes requeem informação detalhada e apoio no momento da admissão hospital do seu familiar e dão feedback positivo acerca da utilidade da informação e materiais recebidos na sessão. Os temas-chave para os participantes nesta fase são: partilha de experiências e informações; sentimento impotência perante episódios psicóticos; pedido de mais intervenções psicoeducativas na comunidade após internamento; gratidão pela oportunidade de receber informações flexíveis e necessárias sobre episódio psicótico agudo.
<b>D.</b>	Avaliar a utilidade de um Programa Psicoeducativo em grupo, de um serviço público de saúde mental para adultos, dirigido às famílias de pessoas com psicose precoce	A dinamização de um Programa psicoeducativo para as famílias das pessoas psicose precoce contribui para a diminuição isolamento social, aquisição experiência coletiva, partilha de sentimentos e experiência, oportunidade de ser ouvido, aumento dos conhecimentos (conhecimentos sobre a psicose, recuperação, medicação, estratégias de prevenção de recaída e co-morbilidades do uso de substâncias para os participantes) e sentem-se apoiadas.
<b>E.</b>	Conhecer a experiência dos familiares e das pessoas com primeiro episódio psicótico acerca dos diferentes elementos das intervenções	Os participantes destacaram da sua experiência de intervenções psicoeducativas familiares 6 temas principais: aliança, suporte, ansiedade e tensão, conhecimento e aprendizagem, tempo e estrutura. Os líderes do grupo devem avaliar a ansiedade das pessoas com psicose antes e durante as intervenções e considerar as diferentes necessidades dos participantes quanto ao tempo, estrutura das intervenções a implementar e a sintomatologia psicótica

	psicoeducativas familiares	apresentada.
--	----------------------------	--------------

Por sua vez a sétima fase, corresponde à síntese de dados que pretende capturar a essência do fenómeno de interesse, sendo apontada como dificuldade inerente a esta fase, o processo de comparação dos resultados de cada estudo pela sua natureza qualitativa. Os mesmos autores descrevem três etapas facilitadoras do processo nomeadamente: identificar os resultados, agrupar os resultados em categorias e agrupar as categorias numa síntese de resultados (Joanna Briggs Institute, 2015). Deste modo, procedemos à realização das etapas facilitadoras do processo, que culminaram com a realização da figura que seguidamente apresentamos.

**Figura n.º 3 - Síntese de dados: resultados dos artigos incluídos na RSL**



Realizada a síntese dos dados procederemos à discussão dos mesmos com o intuito de perceber se foi obtida resposta à questão de investigação colocada previamente.

Analisaram-se cinco estudos, com o intuito de responder à questão de investigação formulada e aumentar os conhecimentos acerca do fenómeno. Apontamos como fragilidade a

diminuta amostra de evidência científica existente, o que não nos permitiu dar resposta à questão de investigação e conhecer quais os contributos das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas no primeiro episódio psicótico *versus* com as famílias das pessoas com psicose. Assim, a comparação que se pretendia realizar não ocorreu, porque da nossa amostra de artigos, 4 artigos são alusivos às intervenções psicoeducativas no âmbito do primeiro episódio psicótico e 1 deles faz alusão ao termo psicose, não sendo claro se este se refere a uma situação aguda ou crónica. Apesar desta fragilidade, a partir dos resultados dos estudos analisados, foi nos possível enumerar quais os contributos das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias da pessoa com psicose, que são: aumento de conhecimentos relativamente à psicose, aumento de competências para cuidar da pessoa com psicose, possibilita a expressão de sentimentos, promove a diminuição do isolamento social, fomenta o sentimento de experiência coletiva, diminui o estigma associado à doença mental e diminui a hipótese de desenvolvimento de características psicopatológicas.

De acordo com Koutra et al. (2014), a implementação de intervenções psicoeducativas maximiza o poder de adaptação das famílias das pessoas com psicose, através do aumento de conhecimentos pretendido sobre a génese da patologia e as repercussões que a sintomatologia terá nos comportamentos da pessoa e promove a comunicação eficaz entre a família e a pessoa, promove o desenvolvimento de estratégias adaptativas e de *coping* por parte do familiar. Por sua vez, os resultados da revisão de Sin et al. (2017) revelam que a psicoeducação contribui para o aumento de conhecimentos dos familiares cuidadores sobre a doença mental, e acerca das competências para cuidar da pessoa com psicose, e promove suporte emocional. Assim, verificamos que os benefícios da implementação de intervenções psicoeducativas com as famílias da pessoa com psicose enumerados pelos autores, confluem com os resultados obtidos nos estudos A, C, D e E.

Resultando da amostra de evidência científica reunida conseguimos igualmente extrair informações pertinentes acerca do modo de dinamização de intervenções psicoeducativas com as famílias das pessoas com psicose e consequentemente identificar os seus benefícios inerentes. A literatura internacional sugere as intervenções psicoeducativas com as famílias das pessoas no primeiro episódio psicótico sejam implementadas em GPMF (Addington et al.,

2005), uma vez que esta abordagem é descrita como um modelo de intervenção familiar viável.

Os resultados do estudo de Petrakis et al. (2012), evidenciam a utilidade e benefícios dos programas de psicoeducação dinamizada em grupos de várias famílias para cuidadores de pessoas que vivenciaram o primeiro episódio psicóticos, cuja implementação ocorreu ao longo de 5 semanas. Existe concordância entre o modo de dinamização das intervenções psicoeducativas com as famílias das pessoas com psicose adotadas no estudo de (Petrakis et al., 2012) e entre o modo de dinamização das mesmas em quatro dos cinco estudos que reunimos. Dos benefícios identificados no estudo de Petrakis et al. (2012), destaca-se o aumento de conhecimentos acerca da psicose, os familiares sentem-se apoiados e ouvidos, apresentam diminuição dos níveis de stress, diminuição do isolamento social, desenvolvem estratégias de *coping*, tal como sugerem 4 dos 5 artigos incluídos na RSL, em que as intervenções psicoeducativas implementadas foram dinamizadas em GPMF.

### 3.4 Execução

Na fase de Execução ocorre a materialização de tudo o que foi planeado anteriormente, sendo que a mesma assume para os participantes do projeto, um papel relevante uma vez que “(...) possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas.” (Ferrito et al., 2010, p.23). Esta fase requer a mobilização de meios que possibilitem a procura de dados, informações, bem como, documentos que contribuam a resolução do problema identificado (Castro, & Ricardo, 1993).

Este é o subcapítulo do documento em apreço, no qual se prevê a apresentação do trabalho desenvolvido, decorrente de um dos objetivos formulados: apresentar uma proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras de intervenção psicoeducativa, a realizar com as famílias das pessoas com psicose.

De acordo com (Petrakis & Laxton, 2017), apesar da importância inerente à implementação de intervenções psicoeducativas com as famílias das pessoas com psicose ser reconheci-



da pela literatura e estabelecida em *guidelines* internacionais, ainda não existe informação clara e específica acerca do conteúdo a incluir nas intervenções psicoeducativas, o tempo em que as mesmas decorrem, o formato em que são implementadas, nem a fase mais adequada em que a pessoa com doença mental atravessa para que sejam promovidos os conhecimentos e providenciado apoio emocional. Gerson et al. (2009), sugerem que as famílias devem ser algo destas intervenções o mais cedo possível.

Os resultados obtidos decorrentes da pesquisa realizada, comprovam os aspetos elucidados pelos autores, sendo evidente a escassez de evidência científica existente e disparidade dos resultados acerca da estrutura e implementação de intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas com psicose. Tal facto, conduziu-nos a estruturar a proposta de cuidado baseada na formulação de diagnósticos de Enfermagem decorrentes da avaliação das necessidades dos familiares das pessoas com psicose a quem prestamos cuidados, que são concordantes com as descritas pela literatura, nos artigos científicos incluídos na RSL realizada que são parte integrante da evidência científica disponível, bem como, nas sugestões presentes na literatura inerentes à temática.

Uma vez que pretendemos implementar intervenções de cariz psicoeducativo, decidimos recorrer às definições de psicoeducação apresentadas anteriormente, nomeadamente por Wood et al. (1999) que nos remete para a divisão da palavra psicoeducação em *psico* e *educação*, pelas distintas áreas de atuação que esta contempla. A parte *psico* da palavra é respeitante às técnicas psicológicas mobilizadas e a parte *educação*, remete-nos para a área pedagógica que integra o processo de ensino-aprendizagem. Neste sentido, os diagnósticos de enfermagem ao decorrerem da identificação das necessidades alteradas dos familiares das pessoas com psicose, fornecem-nos informações acrescidas acerca de quais as temáticas a abordar em cada uma das sessões contempladas na proposta de cuidado a realizar. Apresentamos os diagnósticos de Enfermagem formulados de acordo com a CIPE versão 2015 e agrupados na seguinte tabela pelas duas dimensões que abrangem: a dimensão educativa e a dimensão terapêutica.

**Quadro n.º 5-** Diagnósticos de Enfermagem das famílias das pessoas com psicose formulados de acordo com CIPE versão 2015 (International Council of Nurses, 2016)

Diagnósticos de Enfermagem	
Dimensão Educativa	Dimensão Terapêutica
- Papel de Prestador Cuidador comprometido; - Conhecimento comprometido: [sobre processo saúde-doença]; [sobre psicose]; [sobre gestão regime terapêutico]; [sobre atividades de vida diária] - Capacidade Comprometida: [para realizar atividades vida diária da pessoa com psicose]	- Processo Familiar Interrompido; -Stress Atual; -Estigma Atual; -Socialização comprometida; -Exaustão Atual; -Ansiedade Atual; -Coping ineficaz; -Tristeza Atual; -Negação atual

Quanto ao formato de implementação das intervenções psicoeducativas com as famílias das pessoas com psicose, elegemos o GPMF desenvolvido por McFarlane et al. (2003), procedendo a algumas adaptações, atendendo à realidade do contexto no qual se ambiciona a implementação da proposta de cuidado realizada.

Relativamente à constituição do grupo, consideramos que este deve ser constituído por 8 a 10 familiares e objetiva-se que seja o mais homogéneo possível ao que diz respeito a experiências vividas pelos familiares, devendo funcionar em regime fechado. O modo de funcionamento que se preconiza e a homogeneidade do grupo pretendida contribuem para o “(...) desenvolvimento e coesão do grupo e a aquisição progressiva de competências.” (Almeida et al., 2014, p.12) e consequentemente obtenção de melhores resultados.

As intervenções psicoeducação implementadas através de GPMF desenvolvem-se em quatro fases: primeira fase, em que ocorrem reuniões com a pessoa com psicose e com a família sendo explicados os objetivos da intervenção e é realizada a avaliação da família; a segunda fase é inerente ao workshop psicoeducacional realizado com as famílias (num dia inteiro ou em duas sessões de três horas cada uma); terceira fase que incide no treino de competências comunicacionais e de resolução de problemas no âmbito de situações reais e práticas promo-

vendo a prevenção de recaídas; a quarta fase que prevê o desenvolvimento de capacidades sociais e vocacionais (Mcdonell et al., 2006; McFarlane, 1991; McFarlane 2002; Yacubian & Neto, 2001).

Neste sentido, à semelhança do que é preconizado para a primeira fase das intervenções dos GPMF, estabeleceu-se na proposta de cuidado que iriam ocorrer duas reuniões iniciais com a pessoa com psicose e com a família com os objetivos anteriormente enunciados. Propomos na avaliação familiar, a realizar na segunda reunião, a inclusão do referencial teórico e operativo denominado Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2013). Este Modelo tem por base as fontes teóricas do Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família e adota o pensamento sistémico como referencial epistemológico e define os conceitos de família, saúde familiar, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família. O mesmo reconhece a complexidade do sistema familiar e considera a sua globalidade, equifinalidade e auto-organização que o dotam com uma organização específica, partindo da premissa que os cuidados de enfermagem centrados na família adotam uma abordagem sistémica, que é operacionalizada através de um estilo colaborativo em que são potencializadas as forças, recursos e competências. A família é vislumbrada como a unidade de cuidados e o seu foco de atenção é a família como um todo, assim como, os mesmos que a constituem de modo individual (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, 2011). O MDAIF foi adotado pelo Conselho Diretivo da OE como referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, 2011), todavia consideramos que o reconhecimento da sua importância no desenvolvimento de práticas à família é transversal e como tal tomamos a decisão de o incluir na proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras de intervenção psicoeducativa, a realizar com as famílias das pessoas com psicose.

Por sua vez, consideramos que os objetivos estabelecidos para a segunda, terceira e quarta fase do modelo adotado e por nós adaptado, estão incorporados ao longo das sessões planeadas nas quais se promove aumento de conhecimentos, identificação e adequação de estratégias adaptativas em uso, partilha de sentimentos e experiências vivenciadas, apoio emocional providenciado e treino de competências comunicacionais, de resolução de problemas, assim como, inerentes à prestação de cuidados à pessoa com psicose no quotidiano, en-

tre outros que se encontram explícitos em cada sessão que constituem a proposta de cuidado.

O modelo de intervenção destes grupos tem uma duração mínima de nove meses, podendo ir até aos cinco anos de duração (McFarlane et al., 2003), todavia a proposta de cuidado foi elaborada, para um Departamento de Psiquiatria cujo internamento se destina a pessoas com doença mental em episódios de agudização e deste modo não se planearam intervenções psicoeducativas para o período de tempo preconizado. Assim, a presente proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, contempla duas reuniões iniciais com a pessoa com psicose e a sua família e seguidamente um conjunto de sete sessões, dinamizadas semanalmente, com a duração prevista de 90 minutos, dirigidas para a família da pessoa com psicose. A cada uma das sessões corresponde um título com associação à temática a explorar: A pessoa com psicose; A pessoa com psicose- impacto na família; Familiar cuidador – atividades de vida diária; Familiar cuidador – gestão da medicação; Resolução de problemas – episódio de crise; Estratégias de controlo da ansiedade; Estratégias de *coping*.

Ainda relativamente à duração da proposta de cuidado, mediante a sua implementação no Departamento de Psiquiatria em questão, deixamos como sugestão prolongar no tempo o apoio providenciado às famílias, sendo que após a alta hospitalar da pessoa com psicose, ocorreria o seguimento do familiar, em Consulta de Enfermagem através da realização de consultas de *follow-up*, com implementação de intervenções psicoeducativas adequadas às necessidades identificadas.

Quanto aos métodos a utilizar, prevê-se que sejam privilegiados os métodos expositivos, ativos e interrogativos pela natureza psicoeducativa das intervenções a implementar. Relativamente aos recursos necessários, no âmbito dos recursos humanos é necessária a participação de dois enfermeiros em que pelo menos um dele é EEESMP. No âmbito dos recursos materiais será necessária uma coluna de som, projetor, computador, colchões individuais, novelo de lã, folhas de papel A4, marcadores e/ou lápis de cor, caixas organizadoras/doseadoras de medicação e folhetos informativos.

Realçamos que a elaboração da presente proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, corresponde ao trabalho desenvolvido para a consecução de um dos



objetivos definidos, não tendo sido testada no contexto onde foi realizado o Estágio Final. A mesma foi elaborada com o intuito de se constituir, futuramente e mediante aprovação no local de realização de estágio, como um elemento orientador da prática clínica no apoio providenciado às famílias das pessoas com psicose, com base na evidência disponível.

A seguinte tabela, apresenta as intervenções a implementar pelo EEESMP com as famílias da pessoa com psicose, ao longo das 7 sessões planeadas, prevendo-se alcançar com as mesmas resultados positivos, inerentes a cada um dos diagnósticos de enfermagem formulados.

**Quadro n.º 6-** Sessões planeadas e intervenções psicoeducativas a implementar pelo EEESMP com as famílias da pessoa com psicose

SESSÃO 1 – A PESSOA COM PSICOSE
<ul style="list-style-type: none"><li>- Promover apresentação dos dinamizadores das sessões e elementos do grupo através da realização de um Quebra-Gelo com Novelo de lã (pretende-se que o Novelo de lã seja passado de mão em mão entre os participantes ficando cada um com um pouco de fio ao apresentar-se, o efeito final será a criação de uma “teia” em que todos os participantes se encontram ligados. Promove a apresentação, manifesta a coesão que se pretende desenvolver com o grupo e evidencia a disponibilidade dos dinamizadores ao longo das sessões para providenciar apoio e suporte);</li><li>- Apresentar as regras pelas quais o Grupo se rege (Almeida, Marques, &amp; Queirós, 2014) assentes na confidencialidade e respeito mútuo;</li><li>- Apresentar os objetivos da dinamização do Grupo onde vão ser implementadas as sessões psicoeducativas (são lembrados os objetivos das intervenções a implementar que já foram referidos à pessoa com psicose e família no âmbito das reuniões iniciais em que participaram);</li><li>- Validar as expectativas de cada um dos participantes relativamente à participação no Grupo onde irão ser implementadas as sessões psicoeducativas (Almeida et al., 2014);</li><li>- Desenvolver a relação terapêutica com os elementos do grupo (Almeida et al., 2014);</li><li>- Desenvolver a coesão de Grupo (Almeida et al., 2014);</li><li>- Ensinar sobre o processo de doença (Amaral, 2010): sintomatologia apresentada pela pessoa com psicose, distintos tipos de psicose, diagnóstico e prognóstico da pessoa com psicose, tratamento dirigido à pessoa com psicose; formas de lidar com a pessoa com psicose;</li></ul>

- Promover a expressão de sentimentos (Sequeira, 2006) acerca do processo de saúde-doença do seu familiar com psicose;
- Oferecer escuta ativa (Sequeira, 2006);
- Promover suporte emocional: discutir com os elementos do Grupo as suas experiências emocionais partilhadas face à temática em estudo; facilitar a identificação de estratégias que comumente são utilizadas face aos sentimentos expressos; proporcionar ajuda na tomada de decisões (Sequeira, 2006);
- Avaliar o progresso realizado pela pessoa assim como o domínio que esta apresenta do conteúdo, reforçando comportamentos (Amaral, 2010);
- Enumerar os principais aspetos a reter da sessão realizada;
- Reforçar positivamente a participação dos elementos no Grupo.

## **SESSÃO 2 – A PESSOA COM PSICOSE: IMPACTO NA FAMÍLIA**

- Realizar breve resumo da sessão anterior (Sequeira, 2006);
- Ensinar o grupo (Amaral, 2010) sobre: conceitos de família, importância que a família possui no processo de saúde-doença da pessoa com diagnóstico de doença mental; apresentar necessidades dos familiares da pessoa com psicose apresentadas pela literatura; família enquanto alvo dos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Encorajar a partilha de cada elemento do Grupo de como tem sido para si acompanhar o processo de saúde-doença do seu familiar com psicose (Sequeira, 2006), recorrendo à arte terapia psicoeducacional que visa a aquisição de conhecimentos com a tónica colocada na expressão (Carvalho, 2007 cit. por Pires da Cunha, 2007): desenhar numa folha A4 com recurso a marcadores e/ou lápis de cor como tem sido para si a vivência do processo de saúde-doença do seu familiar com psicose;
- Promover a partilha com o grupo do desenho realizado e dos sentimentos associados ao mesmo (Pires da Cunha, 2007);
- Oferecer escuta ativa: encorajar a expressar sentimentos de ansiedade, medo ou tristeza, ajudar os familiares a identificar sentimentos de culpa; identificar os temas predominantes no discurso (Sequeira, 2006);
- Promover suporte emocional: discutir com os elementos do Grupo as suas experiências emocionais partilhadas face à temática em estudo; facilitar a identificação de estratégias que comumente são utilizadas face aos sentimentos expressos; proporcionar ajuda na tomada de decisões (Sequeira, 2006);

- Determinar a carga psicológica que o diagnóstico e prognóstico da doença mental assumem para a família (Amaral, 2010);
- Ensinar estratégias de como lidar com as necessidades identificadas (como por exemplo: estigma e discriminação em relação à pessoa com doença mental) (Amaral, 2010);
- Encorajar os familiares a protegerem as relações familiares (Amaral, 2010);
- Ensinar os familiares sobre a importância da comunicação eficaz no seio familiar para manutenção das relações saudáveis existentes e resolução de problemas (Amaral, 2010);
- Avaliar o progresso realizado pela pessoa assim como o domínio que esta apresenta do conteúdo, reforçando comportamentos (Amaral, 2010);
- Enumerar os principais aspetos a reter da sessão realizada;
- Reforçar positivamente a participação dos elementos no Grupo.

### **SESSÃO 3- FAMILIAR CUIDADOR – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA**

- Realizar breve resumo da sessão anterior (Sequeira, 2006);
- Ensinar sobre a aquisição do Papel de Prestador de Cuidados por parte dos familiares das pessoas com psicose; sobre a importância do estabelecimento de rotinas para a realização das atividades de vida diária; ensinar aos familiares a necessidade de determinar em conjunto com a pessoa com psicose, limites comportamentais (Amaral, 2010), mediante estadios da doença e grau de dependência promover auto-responsabilização da pessoa com psicose (Amaral, 2010);
- Promover expressão de expectativas e desejo de envolvimento nos cuidados a prestar por parte dos familiares (Amaral, 2010);
- Promover suporte emocional: discutir com os elementos do Grupo as suas experiências emocionais partilhadas face à temática em estudo; facilitar a identificação de estratégias que comumente são utilizadas face aos sentimentos expressos; proporcionar ajuda na tomada de decisões (Sequeira, 2006);
- Identificar a perceção dos elementos do Grupo relativamente à situação atual do seu familiar com psicose, eventos precipitantes, sentimentos e comportamentos (Amaral, 2010);
- Identificar capacidades dos elementos do Grupo para o envolvimento nos cuidados a prestar (Amaral, 2010);
- Encorajar o envolvimento dos familiares durante a hospitalização (Amaral, 2010), mediante o seu desejo;
- Analisar as opções de cuidados em casa (Amaral, 2010) (disponibilidade dos familiares, capacidade para prestarem cuidados, rede externa de recursos);

- Ensinar sobre técnicas de realização do auto-cuidado (higiene, vestuário, mobilização, alimentação) adequar ensinamentos realizados mediante grau de dependência apresentado;
- Informar sobre apoios existentes na comunidade (Amaral, 2010);
- Avaliar o progresso realizado pela pessoa assim como o domínio que esta apresenta do conteúdo, reforçando comportamentos (Amaral, 2010);
- Enumerar os principais aspetos a reter da sessão realizada;
- Reforçar positivamente a participação dos elementos no Grupo.

#### **SESSÃO 4- FAMILIAR CUIDADOR - GESTÃO DA MEDICAÇÃO**

- Realizar breve resumo da sessão anterior (Sequeira, 2006);
- Promover ambiente que leve à aprendizagem (Amaral, 2010);
- Ensinar o Grupo sobre: medicação dirigida à pessoa com psicose – antipsicóticos; efeitos secundários dos antipsicóticos e atitudes a implementar para os atenuar; sintomas que devem ser imediatamente comunicados ao médico decorrentes da toma da medicação; a importância de não suspender medicação instituída; importância da pessoa com psicose e familiar cuidador possuírem um cartão que contenha a medicação que se encontra a tomar (Kaplan, & Sadock, 2007);
- Ensinar o Grupo sobre estratégias de gestão da medicação: realização de tabela modelo da medicação diária prescrita e/ou concomitantemente o uso de caixa de comprimidos com etiquetas com dia da semana e horário da toma da medicação (Kaplan, & Sadock, 2007);
- Encorajar a partilha de cada elemento do Grupo dos problemas comuns vivenciados (Sequeira, 2006), nomeadamente identificação de quais as principais dificuldades sentidas na gestão da medicação da pessoa com psicose;
- Oferecer escuta ativa: encorajar a expressão sentimentos de ansiedade, medo ou tristeza, ajudar os familiares a identificar sentimentos de culpa; identificar os temas predominantes no discurso (Sequeira, 2006);
- Promover suporte emocional: discutir com os elementos do Grupo as suas experiências emocionais partilhadas face à temática em estudo; facilitar a identificação de estratégias que comumente são utilizadas face aos sentimentos expressos; proporcionar ajuda na tomada de decisões (Sequeira, 2006);
- Iniciar atividade prática sobre gestão da medicação:
  - I -Providenciar casos práticos ao grupo com informação de qual a medicação prescrita e estes devem preencher uma tabela modelo e preparar a caixa de comprimidos com correta



identificação com etiquetas;

II – Apresentar numa folha de papel, separadamente entre tabelas os efeitos secundários de antipsicóticos e atitudes que a pessoa e/ou familiar da pessoa com psicose pode ter para os atenuar, solicitando aos elementos do grupo que realizem uma correspondência entre os itens;

-Avaliar o progresso realizado pela pessoa assim como o domínio que esta apresenta do conteúdo, reforçando comportamentos (Amaral, 2010);

- Oferecer aos familiares do Grupo material de consulta rápida tais como panfletos educativos (Amaral, 2010);

-Avaliar o progresso realizado pela pessoa assim como o domínio que esta apresenta do conteúdo, reforçando comportamentos (Amaral, 2010);

- Enumerar os principais aspetos a reter da sessão realizada;

- Reforçar positivamente a participação dos elementos no Grupo.

#### **SESSÃO 5- RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS – EPISÓDIO DE CRISE**

- Realizar breve resumo da sessão anterior (Sequeira, 2006);

-Promover ambiente que leve à aprendizagem (Amaral, 2010);

- Ensinar o Grupo sobre: conceito de crise, sinais e sintomas alerta de crise;

- Supervisionar aprendizagem (Sequeira, 2006);

- Assistir elementos do Grupo na identificação de sinais de crise (Amaral, 2010);

- Identificar com os elementos do Grupo quais os métodos utilizados para solucionar problemas (Amaral, 2010);

- Informar os participantes do Grupo acerca de comportamento expectável por parte do familiar com psicose (Amaral, 2010);

- Informar os participantes do Grupo sobre expectativas realistas relativamente a episódios de crise que podem ocorrer (Amaral, 2010);

- Instruir participantes do Grupo sobre técnicas para enfrentar crise (Amaral, 2010);

- Promover partilha de experiências entre o Grupo de exemplos de episódios de crise (aumenta habilidades de solução de problemas) (Amaral, 2010);

- Oferecer aos familiares do Grupo material de consulta rápida tais como panfletos educativos (Amaral, 2010);

- Informar sobre recursos existentes aos quais recorrer em situação de crise (Amaral, 2010);

-Avaliar o progresso realizado pela pessoa assim como o domínio que esta apresenta do con-

teúdo, reforçando comportamentos (Amaral, 2010);

-Avaliar o progresso realizado pela pessoa assim como o domínio que esta apresenta do conteúdo, reforçando comportamentos (Amaral, 2010);

- Enumerar os principais aspetos a reter da sessão realizada;

- Reforçar positivamente a participação dos elementos no Grupo.

#### **SESSÃO 6- ESTRATÉGIAS DE CONTROLO ANSIEDADE**

- Realizar breve resumo da sessão anterior (Sequeira, 2006);

-Promover ambiente que leve à aprendizagem (Amaral, 2010);

- Ensinar o grupo sobre experiência emocional – ansiedade (Amaral, 2010): sintomatologia apresentada pela pessoa com ansiedade, diagnóstico e estratégias de auto-controlo de ansiedade (Sequeira, 2006);

- Encorajar a partilha de cada elemento do grupo dos problemas comuns vivenciados (Sequeira, 2006);

- Demonstrar uma atitude de aceitação (Sequeira, 2006);

- Oferecer escuta ativa: encorajar a expressar sentimentos de ansiedade, medo ou tristeza, ajudar os familiares a identificar sentimentos de culpa; identificar os temas predominantes no discurso; ajudar na identificação de situações geradoras de ansiedade (Sequeira, 2006) e de que modo esta afeta as atividades de vida diária e consecução dos seus objetivos (Almeida et al., 2014);- Promover suporte emocional: discutir com os elementos do Grupo as suas experiências emocionais; facilitar a identificação de estratégias que comumente são utilizadas face aos sentimentos expressos; motivar a utilização por parte dos mesmos de mecanismos de defesa apropriados; proporcionar ajuda na tomada de decisões (Sequeira, 2006);

- Promover a participação em atividades de distração, como por exemplo: ouvir música, ler, escrever, ver televisão, jogar às cartas, praticar desporto, ou qualquer outra atividade do interesse do elemento do Grupo (Sequeira, 2006);

- Reforçar positivamente a participação em atividades, nomeadamente a participação no Grupo (Sequeira, 2006);

- Executar estratégias de relaxamento, recorrendo ao método de Shultz e/ou Jacobson (técnicas de relaxamento baseados em aspetos psicofisiológicos e de coordenação muscular baseadas na contração/descontração de múltiplos grupos musculares) (Sequeira, 2006);

- Instruir sobre técnicas de relaxamento (Sequeira, 2006), técnicas de respiração e/ou construção de *coping cards* para controlo da ansiedade (Almeida et al., 2014);

- Avaliar o progresso realizado pela pessoa assim como o domínio que esta apresenta do conteúdo, reforçando comportamentos (Amaral, 2010);
- Enumerar os principais aspetos a reter da sessão realizada;
- Reforçar positivamente a participação dos elementos no Grupo.

#### SESSÃO 7- ESTRATÉGIAS DE COPING

- Realizar breve resumo da sessão anterior;
- Promover ambiente que leve à aprendizagem (Amaral, 2010);
- Ensinar o grupo sobre *coping*: conceito, estratégias de *coping*, eficácia das estratégias de *coping* (Sequeira, 2006);
- Executar técnica de *role-play* – seleccionar elementos do grupo para a realização de role-play na qual os mesmos irão representar o seu papel em eventuais situações causadoras de stress (a realização da técnica facilita expressão de sentimentos, auto-perceção das dificuldades sentidas e construção de estratégias de ação) (Sequeira, 2006).
- Oferecer escuta ativa: encorajar a expressão sentimentos, medo ou tristeza, ajudar os familiares a identificar sentimentos de culpa; identificar os temas predominantes no discurso; ajudar na identificação de situações geradoras de stress (Sequeira, 2006) e de que modo esta afeta as atividades de vida diária e consecução dos seus objetivos (Almeida et al., 2014);
- Encorajar o Grupo a identificar individualmente estratégias positivas para lidar com as suas limitações e necessidades decorrentes das alterações do estilo de vida e papéis sociais que assumiu ao longo do processo de saúde-doença do seu familiar com psicose (Sequeira, 2006);
- Ajudar os elementos do Grupo a identificarem as suas forças e habilidades; incentivar a identificação de objetivos apropriados a curto e a longo prazo; ajudar os elemento do Grupo a transformarem objetivos complexos em objetivos curtos e exequíveis com a realização de pequenas tarefas;
- Encorajar o desenvolvimento de novas estratégias de coping e capacidade de resolução de problemas (Sequeira, 2006);
- Ajudar na identificação de sistemas de suporte disponíveis, como por exemplo informar sobre recursos comunitários existentes (Sequeira 2006);
- Avaliar o progresso realizado pela pessoa assim como o domínio que esta apresenta do conteúdo, reforçando comportamentos (Amaral, 2010);
- Enumerar os principais aspetos a reter da sessão realizada;
- Reforçar positivamente a participação dos elementos no Grupo.

### 3.5 Avaliação

A presente fase, no âmbito da Metodologia de Projeto, caracteriza-se por ser contínua (Leite, Malpique, & Ribeiro dos Santos, 1989) e possibilita a realização de uma retrospectiva que objetiva facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação, escolha dos meios e ainda a análise dos resultados. De acordo com os autores referenciados, a avaliação deve disponibilizar os elementos que se configuram como necessários para intervir com o objetivo de melhorar “(...) a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados).” (Ferrito et al. 2010, p.24).

Destacamos o papel preponderante que a avaliação final assume, uma vez que esta deve ser globalizante, o que significa que deve avaliar o produto final (Leite et al., 1989). A avaliação de um projeto demanda a verificação da consecução dos objetivos inicialmente propostos. Deste modo, se nos depararmos com uma avaliação positiva devemos questionar se foi útil ao processo a consecução do objetivo, ou se terminado o projeto se constata que este não era relevante e quais os motivos para tal (Ferrito et al., 2010). Por sua vez se o objetivo não tiver sido atingido, torna-se pertinente perceber quais os fatores que influenciaram a não consecução e as consequências que deste facto incorrem. Deste modo, devem ser planeadas estratégias que conduzam à sua consecução (Nogueira, 2005).

De acordo com Nogueira (2005) nesta fase da Metodologia de Projeto deve-se refletir sobre possíveis alterações que podem ser realizadas após o Projeto; avaliar se os resultados encontrados respondem à problemática identificada inicialmente; identificar os pontos positivos e os pontos negativos do Projeto; identificar as questões que a elaboração do Projeto suscitou e que podem vir a constituir-se como futuras temáticas de análise noutros Projetos.

Analisando as definições apresentadas acerca da presente etapa da metodologia de projeto, podemos referir que alcançámos os dois objetivos definidos: Realizar uma RSL, procurando a mais recente evidência sobre as intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas no primeiro episódio psicótico *versus* com as famílias



das pessoas com psicose; Realizar uma proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras de intervenção psicoeducativa, a realizar com as famílias das pessoas com psicose.

Em maior pormenor acerca de cada um destes, adotamos como foco de atenção o primeiro objetivo, e realçamos que foi concretizada a realização da RSL sobre as intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias da pessoa com psicose. Todavia, pela diminuta evidência científica disponível acerca da temática, não nos foi possível realizar a comparação pretendida, nomeadamente entre as intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas no primeiro episódio psicótico *versus* com as famílias da pessoa com psicose. Ainda assim, foi possível a partir dos resultados dos estudos analisados, enumerar os contributos das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias da pessoa com psicose, bem como, aferir o modo de dinamização das intervenções psicoeducativas mais eficaz para os obter.

Relativamente à consecução do segundo objetivo, respeitante à realização de uma proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras de intervenção psicoeducativa, a realizar com as famílias das pessoas com psicose, podemos igualmente aferir que foi atingido. A elaboração da proposta referida incorreu da formulação de diagnósticos de Enfermagem decorrentes da avaliação das necessidades dos familiares das pessoas com psicose a quem prestamos cuidados, que são concordantes com as descritas pela literatura, nos artigos científicos incluídos na RSL realizada que são parte integrante da evidência científica disponível, bem como, nas sugestões presentes na literatura inerentes à temática.

Em síntese, foi através da identificação do nosso interesse pessoal e profissional, da identificação na literatura da pertinência da problemática e aleado à necessidade de criar uma proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras de intervenção psicoeducativa, que conferisse resposta às necessidades dos familiares das pessoas com psicose internados no contexto onde realizámos ambos os estágios, que ocorreu a eleição da temática em estudo. Consequentemente, foi realizada uma RSL, que enquanto método rigoroso e sistematizado adotado, possibilitou a recolha da evidência científica existente e consequentemente a elaboração da proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde

Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras de intervenção psicoeducativa, a realizar com as famílias das pessoas com psicose. Reiteramos que a mesma não foi testada no contexto referido, tendo sido construída com o intuito de, futuramente e mediante aprovação, se constituir como um elemento orientador da prática clínica no apoio providenciado às famílias das pessoas com psicose, com base na evidência disponível.

### **3.6 Divulgação dos Resultados**

De acordo com os autores Ferrito et al. (2010), a divulgação dos resultados decorrentes da implementação de um projeto é uma fase importante, uma vez que é por intermédio da mesma que a população se torna conhecedora da pertinência do projeto desenvolvido, e de qual o processo adotado na resolução da problemática identificada. As mesmas autoras defendem que no âmbito da saúde, a implementação da metodologia de projeto promove o desenvolvimento dos profissionais e contribui para a qualidade dos cuidados prestados. Deste modo, a divulgação dos resultados difunde informação acerca dos “(...) esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornece informação científica aos cliente e a profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e instituições.” (Ferrito et al., 2010, p.31).

Neste sentido, o presente relatório de ME redigido através da Metodologia de Projeto, que será alvo de prova pública perante júri, assim como, a RSL realizada acerca das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas com psicose, com publicação requerida na comunidade científica constituem-se como elementos de divulgação de resultados. Assim sendo, destacamos a pertinência de ambos estes elementos enquanto meio de divulgação da temática em estudo, da necessidade de existirem mais publicações de enfermagem neste âmbito, do processo realizado e consequentemente dos resultados obtidos, que contribuem para a qualidade dos cuidados prestados na prática clínica.

## PARTE II

### 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As profissões surgem enquanto resposta às necessidades de serviços humanos sentidas pelas pessoas, particularmente a necessidade de cuidar e ser cuidado. Enquanto modo humano de ser, o cuidado encontra-se presente e associado a todos os seres humanos e inevitavelmente em algum momento da nossa vida necessitamos de recebê-lo. É possível aferir que os cuidados podem ser prestados de diferentes formas e consequentemente por diferentes pessoas, incluindo distintos grupos profissionais (Vieira, 2009).

No âmbito da prestação de cuidados, a Enfermagem disponibiliza o seu contributo uma vez que é a “(...) profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015c, p.2). Por sua vez, os enfermeiros possuem qualificações profissionais distintas, cuja distinção é realizada pelo REPE, entre Enfermeiro e EE. Assim sendo, de acordo com o n.º3 do Artigo 4º do REPE, o EE é “(...) o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de Enfermagem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015c, p.99). De acordo com o Artigo 2º do Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018, é no perfil de competências específicas do EE, juntamente com o perfil de competências comuns que se encontram o conjunto de competências especializadas que visam a promoção de um enquadramento regulador que as certifica e comunica aos cidadãos o que é possível esperar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Num espectro de maior especificidade, o EEESMP presta cuidados de Enfermagem diferenciados dos quais advêm ganhos em saúde para as pessoas alvo das suas intervenções. Tal é elucidado no preâmbulo do Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, que refere que o EESMP “(...) compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.” (p.21427.). Decorrente da mobilização de múltiplos saberes e conhecimentos científicos, técnicos, humanos e demonstração de elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão dos quais derivam um conjunto de competências clínicas especializadas, o EEESMP proporciona que a pessoa alvo dos seus cuidados vivencie experiências gratificantes no âmbito das relações intrapessoais e interpessoais (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No âmbito do ME de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República n.º157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de Agosto de 2018, prevê-se que este grau seja conferido aos que apresentem um conjunto de conhecimentos, saberes, capacidades e competências enunciadas pelo mesmo, que serão apresentados e analisados detalhadamente num dos subcapítulos que posteriormente se apresenta.

Assim, o presente capítulo destina-se à análise de aquisição de várias competências: competências comuns do EE, competências específicas do EEESMP, assim como as competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, através da reflexão sobre os conhecimentos teórico-práticos adquiridos e consequente implementação dos mesmos na vivência de experiências significativas no Estágio I e no Estágio Final. No primeiro subcapítulo irá apresentar-se a análise das competências comuns do EE, por sua vez no segundo subcapítulo consta a análise das competências específicas do EEESMP e no último subcapítulo a análise das competências do Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.



## **4.1 Competências Comuns Enfermeiro Especialista**

Entende-se por competências comuns, as competências que são transversais aos Enfermeiros de todas as áreas de especialidade que se evidenciam através da “(...) elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745). As mesmas encontram-se enunciadas no Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do EE, publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de Fevereiro de 2019, e agrupadas por domínios de competência que são os seguintes: responsabilidade profissional ética e legal, melhoria continua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Deste modo, pela importância que as competências comuns do EE encerram para a prestação de cuidados de excelência, seguidamente procedemos à análise, por domínio de competência, do processo que conduziu à aquisição de cada uma delas.

De acordo com o Regulamento enunciado, o primeiro domínio de competência das competências comuns do EE é o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, que integra duas competências, cujo processo de aquisição apresentamos seguidamente.

No exercício profissional, o EE depara-se diariamente com uma multiplicidade de situações que podem suscitar dúvidas e constituírem-se dilemas, de difícil resolução. Esta descrição corresponde a algumas das experiências significativas vivenciadas no âmbito dos estágios, sendo que no decorrer de cada uma delas recorreu-se às normas legais e princípios éticos e deontológicos para suportar o processo de tomada de decisão. De acordo com Nunes (2011), se considerarmos que existe uma ética própria da Enfermagem, esta é definida como o local da prática no qual se desenrola a ação e consequentemente a tomada de decisão ética, cuja fundamentação tem na sua génese os princípios e valores profissionais que se enunciam no CDE. Assim, a tomada de decisão realizada ao longo da prestação de cuidados surgiu da mobilização de conhecimentos, aplicabilidade do enquadramento jurídico e dos princípios da deontologia profissional, tal como é preconizado nos critérios de avaliação da competência A1.1 do Regulamento nº 140/2019 inerente às Competências Comuns do EE. Acrescentamos que as estratégias de resolução de problemas foram construídas e discutidas com a pessoa e posteriormente com a equipa, promovendo o exercício profissional de acordo com a

deontologia profissional no seio da equipa, indo igualmente ao encontro dos critérios de avaliação da competência A1.1.

Para finalizar, em cada um dos processos de tomada de decisão realizados, procedemos à avaliação partilhada dos resultados, em conjunto com o enfermeiro orientador enquanto elemento mais experiente e de referência no processo de aprendizagem. A avaliação foi sempre realizada na perspetiva de fomentar a reflexão acerca das decisões tomadas, aferir quais os resultados obtidos e apresentar sugestões para melhoria dos cuidados a prestar em situações futuras.

Relativamente à competência A2, enquanto parte integrante do presente domínio de competências em análise, a mesma referencia que o EE “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4746). O exercício profissional dos Enfermeiros centra-se na relação interpessoal, tendo como foco da sua atenção a pessoa, edificando as intervenções com base na conceção de que “(...) cada pessoa é concebida como um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, crenças e desejos de natureza individual, o que torna a pessoa um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.98). No processo que mediou a aquisição da competência em análise, o respeito e a proteção dos direitos humanos esteve sempre presente, sendo adotada uma prática conducente com o Artigo 8º do REPE, Artigo 99º referente aos princípios gerais, Artigo 102º dos Valores Humanos, Artigo 103º dos direitos à vida e à qualidade de vida, Artigo 105º e Artigo 110º do CDE em associação à Declaração Universal dos Direitos Humanos e à Carta dos Direitos e Deveres do doente.

Podemos concluir que as competências do domínio da responsabilidade profissional ética e legal foram adquiridas através da conduta adotada e referenciada, assim como através do contributo valioso de todas as UC mas em particular das seguintes: Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, Gestão em Saúde e Governação Clínica, Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I e II.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 inerente às Competências Comuns do EE, publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de Fevereiro de 2019, o

segundo domínio das competências comuns do EE refere-se à Melhoria Contínua da Qualidade e integra três competências distintas. Podemos começar a reflexão pelo segundo domínio de competência em ligação ao domínio anteriormente descrito. Esta ligação ocorre por intermédio da centralidade que a pessoa assume nos cuidados prestados de enfermagem na consecução dos objetivos dos cuidados a prestar, delineados em parceria.

O EE para além de garantir o respeito pelos direitos das pessoas alvo dos cuidados através da mobilização dos seus conhecimentos, competências e dos contributos dos documentos legais que regulam e orientam a profissão, anteriormente referenciados, deve igualmente “(...) contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das suas potencialidades.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.98). Neste sentido, durante a realização de ambos os estágios garantimos um ambiente terapêutico e seguro, através da adoção de vários comportamentos coincidentes com as unidades de competência presentes no Regulamento enunciado, tais como: promover o envolvimento da família enquanto parte integrante dos cuidados no sentido de assegurar a satisfação de necessidades culturais, espirituais e religiosas; promover a adesão a comportamentos promotores de saúde tanto pela pessoa como pela sua família; fomentar no seio da equipa o respeito pela individualidade, crenças culturais, religiosas e espirituais e incluir esta avaliação no planeamento das intervenções a implementar; garantir a segurança na administração de medicação através da aplicação e mobilização de conhecimentos no âmbito terapêutico; garantir a confidencialidade dos dados adquiridos; participar a nível da gestão do risco no âmbito institucional nas várias dimensões que este se apresentou. A proatividade, investimento pessoal no estudo com intuito de aumentar o conhecimento e aplicar a evidência científica disponível e atual, revelaram-se contributos valiosos na consecução das competências inerentes ao desenvolvimento de práticas de qualidade em programas de melhoria contínua em associação a estratégias institucionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Tendo em conta o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, o foco de atenção dos cuidados de Enfermagem é a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vivencia e perspetiva alcançar (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Assim, foram transpostos para a prática clínica os conhecimentos inerentes aos projetos de qualidade desenvolvidos na instituição em que se realizaram ambos os estágios, principalmente acerca do Envolvimento da Pessoa Significativa,



uma vez que se relaciona a temática em estudo e da conceção dos cuidados que visa o envolvimento da família. Privilegiámos o cumprimento de normas institucionais em associação a normas da DGS no processo avaliativo das práticas clínicas adotadas, com o objetivo de prestar cuidados de qualidade, contribuir para o desenvolvimento da investigação e obtenção de indicadores positivos que posteriormente seriam obtidos pelas auditorias internas e externas a realizar.

Uma das ações que contribuiu para o desenvolvimento da competência em análise foi a realização da RSL acerca das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas com psicose. A realização da mesma contribuiu para que as intervenções implementadas neste âmbito fossem suportadas pela evidência científica atual disponível acerca da temática, conferiu suporte para processos de tomada de decisão, promoveu o envolvimento da pessoa significativa no processo de saúde-doença do seu familiar internado (tal como é preconizado pelo procedimento que vigora na instituição onde foram realizados os estágios), o que nos possibilita afirmar que desenvolvemos uma prática de qualidade na consecução do segundo domínio de competências comuns do EE em análise.

Em suma, findada a reflexão inerente às competências que integram o domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, consideramos que as mesmas foram atingidas com sucesso pelos comportamentos evidenciados que promoveram o exercício na área de especialidade competente, seguro, responsável e dinâmico adotados.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 inerente às Competências Comuns do EE, publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de Fevereiro de 2019, o terceiro domínio é inerente à gestão dos cuidados, no qual a competência C1 refere que o EE “(...) gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (p. 4748). Por sua vez, a competência C2, do mesmo Regulamento, enuncia que o Enfermeiro Especialista “(...)adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (p. 4748).

Por via da qualificação singular que os Enfermeiros possuem para promover a saúde das pessoas alvo dos seus cuidados, estes “devem estar ativamente envolvidos na política de saúde e na tomada de decisões, incluindo a delegação das tarefas de Enfermagem a outros



prestadores, pessoal deles dependente.” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.3). Neste sentido, para que ocorresse a aquisição das presentes competências comuns do EE, foram mobilizados durante a realização dos estágios, os conhecimentos adquiridos nas UC's nomeadamente: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica II, Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica e Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Gestão em Saúde e Governação Clínica.

Relativamente à delegação de tarefas de Enfermagem, durante a realização do Estágio I e Estágio Final, as mesmas só foram delegadas em pessoal funcionalmente dependente com preparação necessária para as executar, nomeadamente Assistentes Operacionais, tal como enuncia o REPE. Receber cuidados de saúde que integrem na sua génese os padrões de qualidade dos cuidados propostos pela Ordem dos Enfermeiros (2011), é um direito das pessoas alvo das intervenções implementadas pelo enfermeiro especialista ou delegadas pelo mesmo. Deste modo, assegurámos que todas as tarefas delegadas foram implementadas respeitando os padrões de qualidade dos cuidados estabelecidos e a nossa prática realizou-se nos termos do Artigo 109º, alínea c) do CDE.

Decorrente das inovações tecnológicas e exigências mercadológicas contínuas, os profissionais de saúde necessitam de adquirir novos conhecimentos, desempenhar novas funções e desenvolver competências na área do trabalho em equipa, coordenação de grupo e liderança (Almeida de Moura, Bernardes, Balsanelli, Zanetti, & Gabriel, 2017). Neste sentido, configura-se como imprescindível destacar a liderança enquanto instrumento fundamental na prática clínica de Enfermagem uma vez que auxilia o enfermeiro nos processos de gestão da equipa, na tomada de decisão e na gestão de conflitos que podem emergir no ambiente do trabalho (Camelo, & Silva, 2013).

Consideramos que durante a realização dos estágios conseguimos promover um ambiente positivo, estabelecer boas relações com a equipa multidisciplinar através da adoção de uma postura segura, tranquila, assertiva, disponível e demonstrativa de empenho na aquisição das competências previstas e objetivos delineados. Verificámos que a adoção desta postura incentivou alguns elementos da equipa de enfermagem a diferenciarem os cuidados prestados e investirem no seu processo de auto-formação. No âmbito da gestão de recursos, foram realizadas diariamente escolhas que visavam a adequação dos recursos a utilizar

evitando o desperdício e consequentemente aumento dos gastos com recursos materiais. Adotou-se uma prática reflexiva acerca da contenção de custos e através de processos reflexivos realizados em equipa, foi possível estabelecer medidas que assegurassem a qualidade dos cuidados a prestar e em simultâneo previssessem o combate ao desperdício e controlo de gastos excessivos. Por todos os motivos enumerados anteriormente consideramos que as competências integrantes no domínio de competência da gestão dos cuidados foram adquiridas eficazmente.

Por fim, de acordo com o Regulamento nº 140/2019 inerente às Competências Comuns do EE, publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de Fevereiro de 2019, o quarto e último domínio das competências diz respeito ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Consideramos que as competências que integram a presente unidade de competência foram adquiridas por intermédio de vários processos: aquisição de conhecimentos na UC Relação de Ajuda em Saúde Mental, Desenvolvimento Pessoal e Investigação em Enfermagem, realização da RSL sobre a temática em estudo, de narrativas escritas e orais, reflexões individuais, reflexões em conjunto com o enfermeiro e docente orientador, investimento contínuo e consistente no âmbito da relação de ajuda, mobilização de técnicas comunicacionais e processo de auto-conhecimento realizado.

A identificação de fatores pessoais que poderiam interferir na relação estabelecida com a pessoa e famílias alvo dos nossos cuidados nem sempre foi fácil, constitui-se um processo complexo, mas bastante enriquecer quando alcançada. Foi necessário investir bastante no processo de auto-conhecimento, sendo que este é pautado pela necessidade de conhecer quais os motivos de determinadas crenças e sentimentos, exigindo a realização de um auto-exame profundo e detalhado (Taylor, 1992). O desenvolvimento do comportamento assertivo trouxe contributos valiosos no âmbito pessoal assim como para a prestação de cuidados especializados e diferenciados uma vez que a sua adoção “(...) ajuda-nos a sentirmo-nos bem conosco próprios e a aumentar a nossa auto-estima. Ajuda-nos a sentirmo-nos bem em relação a outras pessoas e aumenta a nossa capacidade de desenvolver relações satisfatórias com as outras pessoas.” (Towsend, 2011, p.238). Os sentimentos enunciados são alcançados através da “(...) honestidade, frontalidade, adequação e respeito pelos nossos próprios direitos básicos, assim como pelos dos outros.” (Towsend, 2011, p.238). Neste sentido, foi através do desenvolvimento de estratégias de auto-conhecimento, auto-consciencialização e treino de as-

sertividade que foi possível reconhecer traços de personalidade, sentimentos, valores, recursos existentes, limites pessoais e profissional e consequentemente adequá-los em prol do crescimento pessoal e a qualidade dos cuidados de enfermagem diferenciados que o EE providencia. Salvaguardamos que no subcapítulo referente à aquisição de competências de EEESMP pode ler-se uma análise mais detalhada acerca do desenvolvimento do auto-conhecimento, uma vez que a presente competência assemelha-se à primeira competência do Regulamento n.º 515/2018 inerente às Competências Específicas do EEESMP.

Acrescentamos que a conduta de interesse, proatividade, investimento contínuo no estudo e procura da evidência científica mais atual disponível, constituíram-se como alicerces da fundamentação nos processos de tomada de decisão e consequentemente intervenções de enfermagem implementadas. Neste sentido, no âmbito da prestação de ambos os estágios foram mobilizados os contributos da incorporação da PBE uma vez que consiste num “(...) método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar.” (International Council of Nurses, 2012, p.10).

Em síntese, podemos afirmar que as competências D1 e D2, que integram o Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais do Regulamento nº 140/2019 inerente às Competências Comuns do EE, foram desenvolvidas e adquiridas com sucesso, através do conjunto de conhecimentos, atitudes, comportamentos e resultados demonstrados e obtidos na prática clínica especializada adotada.

## **4.2 Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Saúde Mental E Psiquiátrica**

Ao longo da prestação de cuidados, o EEESMP vivencia vários processos tais como: “mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427). Partindo desta premissa, o



EEESMP estabelece relações de parceria com a pessoa, cujo intuito é “(...) ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando -o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427). Neste sentido, o processo de aprendizagem foi pautado pelo interesse de prestar cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica de qualidade que promovessem o bem-estar e consecução dos objetivos das pessoas e famílias alvo dos nossos cuidados, através de uma conduta conducente com a preconizada em cada uma das competências específicas do EEESMP que se encontram regulamentadas no Regulamento n.º 515/2018, publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018. Seguidamente apresentamos a análise da aquisição de cada uma das competências referidas em ligação aos conhecimentos mobilizados bem como experiências significativas vivenciadas.

A aquisição da primeira competência de EEESMP depende, na nossa opinião, da compreensão do seu descritivo uma vez que elucida que “(...) a capacidade de auto conhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, é central para a prática de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.21428). Deste modo, realizamos uma retrospectiva para refletir acerca do percurso realizado e analisar a aquisição da presente competência detalhadamente em associação aos seus critérios de avaliação.

Consideramos que ao longo da sua formação académica, o estudante vivência momentos marcantes e determinantes, tais como os que se proporcionam no âmbito do Estágio I e no Estágio Final, não só pela componente avaliativa associada, mas fundamentalmente pela componente relacional que em si encerra. Comunicar e estabelecer relações é intrínseco ao ser humano, sendo parte integrante do construto da sua identidade, o que assume contornos particulares e de extrema importância na prestação de cuidados de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental. Previamente à realização do Estágio I, possuíamos a expectativa de que a experiência e competências que detemos decorrente da conclusão do CLE, Pós-Graduação e prática clínica diária se constituíssem como uma mais valia na prestação de cuidados à pessoa com doença mental. Contudo, estabelecer a relação de ajuda com a pessoa com doença mental constituiu-se um desafio, que atualmente consideramos ter sido superado



com sucesso, resultado de processos reflexivos tanto individuais como com a colaboração do enfermeiro e docente orientador, de investimento contínuo e consistente a nível do auto-conhecimento e de estudo acerca da relação de ajuda e técnicas comunicacionais. Destacamos igualmente o contributo que adveio em particular das UC's Desenvolvimento Pessoal e Relação de Ajuda em Saúde Mental na construção e solidificação de conhecimentos teórico-práticos, desenvolvimento de capacidade de reflexão e sentido critico, que conduziram ao auto-conhecimento e consequentemente aquisição da presente competência. Assim, as narrativas escritas e orais realizadas guiaram o processo reflexivo acerca das experiências vivenciadas conduzindo à auto-consciencialização. Segundo Benner (2001) a recolha das narrativas e reflexão interpretativa sobre as mesmas, conduz à descoberta de novas competências e conhecimentos bem como a identificação de obstáculos à implementação de boas práticas incluindo a identificação de áreas de excelência. Todos os processos reflexivos realizados possuíam na sua génese contributos teóricos que suportavam a tomada de decisão das experiências narradas e auxiliavam na compreensão dos sentimentos e dificuldades sentidas nas interações estabelecidas.

De acordo com Mendes (2006), por intermédio da experiência, sabemos que o processo de desenvolvimento do homem acontece de modo diversificado e não linear, sendo influenciado por múltiplos fatores de cariz pessoal, social, endógenos e exógenos. O nosso modo de estar e experiência estão em constante construção e expressam a nossa unicidade que na interação com o outro também é alvo de transformações no decurso do nosso desenvolvimento pessoal. No âmbito dos cuidados prestados pelo EEESMP a relação de ajuda estabelecida, de acordo com Challifour (2008), possibilita criar as melhores condições possíveis para ajudar a pessoa a enfrentar a dificuldade que apresenta. O EEESMP proporciona estas condições por intermédio do "(...) reconhecimento do cliente como ser único detentor de um modo particular de interagir com o seu ambiente, e na estruturação de meios que lhe permitam adquirir uma maior consciência-de-si e aceder aos seus recursos pessoais." (Challifour, 2008, p.120)

A comunicação é o contexto no qual se desenvolve a relação, sendo que no modelo de abordagem centrada na pessoa, Carl Rogers propõe que a comunicação estabelecida entre dois intervenientes seja autêntica e deste modo privilegie o que é próprio de cada um e que faz parte integrante da sua experiência pessoal (Mendes, 2006). Para que a autenticidade

defendida por Rogers se manifeste no processo relacional, exige-se que estejam presentes atitudes facilitadoras tais como: “(...) a congruência, a aceitação positiva incondicional e a empatia.” (Mendes, 2006, p. 73).

A linha de raciocínio adotada através do encadeamento lógico dos conceitos, é representativa da importância dos mesmos na prática clínica e em particular neste contexto de análise para a aquisição da presente competência. Durante a realização de ambos os estágios, nas relações de ajuda estabelecidas foram operacionalizadas as técnicas de comunicação, realizados exercícios de questionamento acerca da postura adotada na relação e inclusive realizados exercícios favorecedores do auto-conhecimento. Neste sentido, consideramos que ao longo da prestação de cuidados demonstrámos a capacidade de identificar as emoções, sentimentos e valores que emergiram na relação com a pessoa e de que modo estas poderiam influenciar a relação com a pessoa e/ou a equipa multidisciplinar.

Por sua vez, o Regulamento n.º 515/2018 inerente às Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018, refere como critério de avaliação da primeira unidade de competência a monitorização de “(...) reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico” (p. 21428). Este processo de monitorização, exigiu um maior investimento da nossa parte no sentido de perceber as causas inconscientes que nos conduziu a tê-los no estabelecimento da relação de ajuda. Após vários momentos de reflexão, investimento a nível de conhecimentos teórico-práticos e aprendizagem com o enfermeiro orientador juntamente com a restante equipa de enfermagem no âmbito da partilha de experiências, foi possível corrigi-los e adequá-los. Percebemos após este processo, que o EEESMP ao possuir uma grande autoconsciência e autoconhecimento irá compreender que a capacidade e extensão à qual consegue efetivamente ajudar os outros é determinadamente influenciada pelo seu sistema interno de valores, ou seja, uma combinação do intelecto e emoções (Townsend, 2011).

Porém, convém elucidar que auto-consciência e auto-conhecimento são conceitos distintos. A auto-consciência carece de reconhecimento e aceitação por parte do indivíduo relativamente aos seus valores bem como dos valores distintos dos restantes indivíduos (Townsend, 2011). A importância deste conceito opera a nível do quotidiano dos indivíduos, na

prática de enfermagem, mas revela-se fulcral em Enfermagem de Saúde Mental (Towsend, 2011). O auto-conhecimento por sua vez, demanda o conhecimento sobre o porquê de determinadas crenças e sentimentos, o que requer um auto-exame profundo e detalhado realizado por um profissional qualificado (Taylor, 1992). O próprio surge da autoapreciação e da apreciação dos outros, representando um padrão singular de valores, atitudes, crenças, comportamentos, emoções e necessidades individuais. O reconhecimento destes aspetos e o entendimento do seu impacto no próprio e nos outros, situa-se no âmbito da autoconsciência (Towsend, 2011). Apesar de aparentemente complexo, existe um modelo prático que auxilia na compreensão da natureza da auto-consciencialização que é o da Janela de Johari (Taylor, 1992).

Decorrente da prestação de cuidados, foi identificado o fenómeno de contra-transferência tendo sido posteriormente relatado e debatido com o enfermeiro orientador a experiência face ao mesmo. O apoio e orientações recebidas por parte do enfermeiro orientador revelaram-se essenciais na gestão do fenómeno, nomeadamente no âmbito do impacto que o mesmo nos causou, bem como, a influência que exerceu na relação de ajuda. Pela possibilidade de ocorrerem fenómenos de contratransferência e de transferência, ambos foram alvo do nosso estudo, uma vez que a sua gestão é parte integrante dos critérios de avaliação da presente competência em análise e superiormente porque a sua vivência influencia diretamente a qualidade dos cuidados prestados e relação estabelecida com a pessoa alvo dos nossos cuidados.

As intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias da pessoa com psicose, constituem-se como a temática eleita para o presente relatório, cuja escolha resultou de um conjunto de motivos de cariz pessoal, profissional e técnico-científico, que agrupados suportaram a escolha da mesma. Na análise da presente competência, pretendemos destacar que no âmbito pessoal o motivo que nos conduziu a eleger a presente temática foi a preocupação genuína que possuímos com o bem-estar e inclusão da família nos cuidados de saúde, pela influência que esta exerce no elemento da família que se encontra em situação de doença e vice-versa. Deste modo, temos consciência que ao longo do percurso realizado, um dos fatores que nos motivou bastante para continuar a investir arduamente na consecução de tarefas propostas e primar pela satisfação pessoal e profissional na prestação de cuidados à família das pessoas com psicose, como a todas as outras, foi o nosso apreço

pessoal pela inclusão da família nos cuidados de enfermagem. Em particular, implementar intervenções psicoeducativas com as famílias das pessoas com psicose revelou-se um desafio pela complexidade de cada uma das famílias e unicidade que cada sistema familiar encerra o que foi um fator extremamente impulsionador do desenvolvimento da competência em análise.

Acompanhar as famílias das pessoas com doença mental de modo contínuo ao longo do tempo, operou em nós modificações perenes não só a nível profissional, mas predominantemente a nível pessoal, sendo que no final deste processo de aprendizagem consideramos que possuímos uma maior maturidade, capacidade de compreensão e reflexão acerca dos fenómenos em estudo, assim como dos nossos sentimentos e respostas comportamentais perante os mesmos. O conhecimento aumentado acerca das intervenções psicoeducativas com as famílias da psicose foi alcançado e em consequência foi alcançado igualmente um maior nível de auto-conhecimento e consciência de si decorrente das experiências relacionais vividas com as famílias a quem prestamos cuidados cujo valor é imensurável.

Em síntese, consideramos que o percurso realizado até então, respeitante à aquisição de conhecimentos teóricos, vivência de experiências decorrentes da prática clínica, reflexões teóricas realizadas, partilha de experiências e desenvolvimento de mecanismos pessoais de auto-conhecimento e autoconsciência, tanto no âmbito da profissão como no âmbito pessoal, contribuíram para que a primeira competência de EEESMP fosse adquirida. Foi possível aferir que a aquisição desta competência revelou-se um processo complexo, mas bastante enriquecedor pelos sentimentos e emoções com os quais nos deparamos, bem como, desafios que nos interpelaram e foram vislumbrados como oportunidades de aprendizagem. Pretendemos destacar o contributo do apoio contínuo da docente orientadora, do enfermeiro orientador e equipa de enfermagem que pela partilha de experiências, conhecimentos e técnicas que favorecem o auto-conhecimento e a utilização de recursos pessoais nos motivaram a melhorar diariamente. Assumimos que a trajetória de desenvolvimento foi realizada em sentido crescente pelo feedback positivo que recebemos acerca do nosso desenvolvimento neste âmbito.



Para terminar, podemos ainda afirmar que detemos um elevado conhecimento e consciência de nós mesmos, enquanto pessoa e enfermeiro, o que conduz à prestação de cuidados de enfermagem no âmbito de saúde mental diferenciados indo ao encontro do que se encontra definido no Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018: “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.” (p. 21427).

Analisar a segunda competência específica de EEESMP e as suas unidades correspondentes, que constam no Regulamento supracitado, remetem-nos para importância que o processo de Enfermagem assume na prestação de cuidados de Enfermagem do EEESMP. Desde cedo que o Processo de Enfermagem (PE) foi alvo de estudo e reflexão, os autores Yura & Walsh (1978) vislumbram-no como o núcleo e essência da Enfermagem, revelando-se basilar para todas as ações, uma vez que a metodologia do mesmo tem sido utilizada como um instrumento importante entre os diferentes países e modelos de prestação de cuidados de saúde. O PE consiste numa metodologia organizada, sistematizada, dinâmica e universal que visa a organização e implementação de cuidados de enfermagem, através da qual os enfermeiros organizam a informação sobre as necessidades da pessoa alvo dos seus cuidados e planeiam intervenções com o intuito de responder às necessidades alteradas (Marin, Rodrigues, Delaney, Nilsen, & Yan, 2001). Deste modo, o PE edifica-se enquanto base para a prestação de cuidados de enfermagem efetivos sendo operacionalizado através de cinco etapas: Avaliação Inicial ou Recolha de Dados, Diagnóstico, Planeamento das Intervenções de Enfermagem, Implementação de Intervenções de Enfermagem e por último a Avaliação Final ou Avaliação dos Resultados (Cruchinho, 2009).

Em associação à presente competência em análise, para que ocorra a assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, o EEESMP recorre ao descritivo da competência que nos remete para a “recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental.” (Ordem dos

Enfermeiros, 2018, p. 21428). A recolha de informação referenciada, corresponde à primeira etapa do PE e tal como o nome indica a mesma preconiza a “(...) colheita sistemática de dados, a seleção e organização dos dados colhidos e a documentação dos dados de forma recuperável.” (Cruchinho, 2009, p.13). Esta etapa do PE dota o EEESMP de informação necessária e pertinente para executar os processos de avaliação tal como são referidos nas unidades de competência F2.1 e F2.2 do Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018.

Retomando o descritivo da competência suprarreferida que integra o Regulamento em análise: “(...) O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21428). Refletimos que durante a realização dos processos de avaliação, mobilizamos aptidões de comunicação, tais como: disponibilidade, aceitação, providenciamos escuta ativa e operacionalizamos técnicas de comunicação verbal e não verbal de entre as quais se destacam a empatia e a assertividade. Para Sequeira (2014), a mobilização destas aptidões é intrínseca à intencionalidade que a comunicação terapêutica possui e simultaneamente exige ao EEESMP perícia e conhecimentos para que a mobilização seja eficaz na garantia dos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde mental a prestar. A sensibilidade cultural e linguística foi igualmente considerada nas interações estabelecidas, traduzindo-se através do respeito pelas opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa tal como é preconizado no artigo f) do Artigo 102º inerente aos Valores Humanos enunciado no CDE.

No âmbito das entrevistas realizadas, apresentamos a definição de entrevista proposta pelo autor Chalifour (2009): “(...) a entrevista é um tipo particular de interações verbais e não verbais formas entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados e do tempo que acordam para este fim.” (p.60). Cada entrevista realizada contém características próprias que diferem pelo modo em que ocorrem e as variáveis que contemplam, sendo deste modo possível distinguir cinco tipos de entrevista distintos no âmbito da relação de ajuda profissional (Chalifour, 2009).

Atendendo à tipologia das interações estabelecidas com as pessoas alvo dos nossos cuidados, podemos afirmar que as entrevistas realizadas correspondem ao tipo de entrevista formal não estruturada, uma vez que esta tem como finalidade “(...) favorecer a consciência de si (*awareness*) e a emergência de recursos, deste modo permitindo ao cliente fazer escolhas em função das suas características e valores considerando, simultaneamente, as condições do ambiente que o envolve e, viver plenamente a sua vida.” (Chalifour, 2009, p. 103). Assim, durante a realização de entrevistas respeitamos a centralidade da pessoa, encorajando-a a envolver-se na relação e expressar os seus sentimentos e experiências num ambiente promotor destas trocas, assente na confiança, respeito e empatia. Através da adoção destes comportamentos durante a realização das pessoas alvo dos nossos cuidados, objetivámos promover o seu auto-conhecimento e consequentemente aptidão para resolver dificuldades com que se depara, indo deste modo ao encontro da definição do tipo de entrevista adotada.

A observação foi uma das técnicas de colheita de dados bastante utilizada e com contributos vastos na avaliação das necessidades alteradas, na qual foi considerada a linguagem verbal, a linguagem não-verbal assim como as respostas físicas da pessoa no meio em que se encontra inserida (Amaral, 2010). Em complementaridade, foi realizado igualmente a avaliação do estado mental das pessoas alvo dos cuidados prestados, que se caracteriza pela estrutura singular que possui, cuja divisão ocorre pelos seguintes parâmetros: “aspeto geral, comportamento e atitude face ao entrevistador, psicomotricidade, nível de consciência e orientação, funcionamento cognitivo, humor e emoções, linguagem e aspetos formais do pensamento, conteúdo do pensamento, alterações percetivas, capacidade de interpretação e consciência da doença.” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.1). Deste modo, para a realização da avaliação do estado mental foram mobilizadas e desenvolvidas capacidades de observação que contribuíram para a deteção de alterações do funcionamento mental do indivíduo. Durante as avaliações realizadas tivemos sempre presente na nossa conduta de que a sobrevalorização da avaliação do estado mental conduz a uma visão redutora do ser humano, uma vez que se baseia em sinais e sintomas e deste modo vislumbramos esta avaliação enquanto um dos componentes que contribui para a compreensão das necessidades da pessoa e não um método único para o efeito pretendido, tal como defende o Parecer nº 01/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica sobre Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Realização de Exame do Estado Mental.



Resultante da colheita de dados e no âmbito da realização dos estágios para efeitos de aquisição de competências específicas de EEESMP respeitando os princípios éticos e da privacidade de dados, foram realizados registos isentos de juízos de valor tendo sido respeitada a confidencialidade de dados. Por sua vez, a redação de registos articula-se igualmente com a alínea d) do Artigo 104º do CDE relativamente ao Direito ao Cuidado, o qual referência que o registo fiel das observações e intervenções determina a eficácia das intervenções. Ainda na alínea d) é transmitida a noção de continuidade de cuidados por intermédio dos registos realizados no âmbito da passagem de turno para turno como em situações de Alta Hospitalar ou de Transferência. Deste modo destacamos que os registos realizados corresponderam fielmente às observações, intervenções e resultados decorrentes dos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde mental prestados, foram claros e explícitos não permitindo a existência de ambiguidades na sua leitura e consequente interpretação. Relativamente à transmissão oral de informações na perspetiva de assegurar a continuidade de cuidados de turno para turno, primamos pela fluidez e rigor de discurso assim como pelo uso de terminologia científica adequada à área da saúde mental.

Desde o início que escolhemos adotar uma abordagem sistémica perante os fenómenos em estudo e no âmbito do desenvolvimento desta competência não foi exceção. Como tal, exemplo da abordagem adotada foi a realização de uma avaliação exaustiva da pessoa e da família que possibilitou a identificação das suas necessidades no contexto em que se encontra inserida, formulação de diagnósticos de enfermagem sensíveis às suas necessidades e discussão de intervenções de enfermagem a implementar tendo em conta as suas capacidades e os objetivos que pretende alcançar na consecução do seu projeto de saúde.

No âmbito do Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018, 21427-21430, a Unidade de Competência F2.3 enuncia que o EEESMP: “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.” (p.21428). Deste modo, destacamos que ao longo da realização do Estágio I e Estágio Final foi frequente a participação em reuniões de equipa multidisciplinares no Departamento de Psiquiatria na qual ocorria a discussão dos planos de cuidados de pessoas com doença mental internadas e das que tiveram alta para que



fosse assegurada a continuidade dos cuidados no contexto da comunidade e/ou seguimento a nível da consulta externa realizada no Departamento em questão. Para além destas reuniões participou-se mensalmente nas reuniões de equipa multidisciplinar de Saúde Mental do Conselho, cujo objetivo visado era igualmente discutir planos de cuidados de pessoas com doença mental que se encontravam inseridas na comunidade com o intuito de responder às suas necessidades e consequentemente promover a sua saúde. A participação nestas reuniões possibilitou a aquisição de conhecimentos e consequentemente de competências, através da partilha de experiências significativas vivenciadas pelos distintos grupos profissionais, discussão em equipa do plano de cuidados das pessoas alvo de cuidados, tomada de conhecimento de quais os recursos sociais existentes na comunidade bem como instrumentos de avaliação de necessidades alteradas.

Consideramos que a terceira competência específica do EEESMP, que consta no Regulamento n.º 515/2018 inerente às Competências Específicas do EEESMP supracitado, encontra-se interligada à competência anterior e consequentemente ao PE, nomeadamente com as seguintes etapas: diagnóstico, planeamento das intervenções, implementação de intervenções. Na fase de diagnóstico, o EEESMP utiliza o raciocínio diagnóstico como forma de julgamento clínico e de acordo com as necessidades alteradas formula os diagnósticos de enfermagem recorrendo à CIPE versão 2015. O sistema de classificação CIPE é um instrumento complexo, cuja padronização é internacional, a sua abrangência é ampla no que concerne a de termos e definições e facilitador da recolha, análise e comunicação de dados em Enfermagem entre populações, serviços de cuidados de saúde, idiomas e regiões geográficas (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009).

Posteriormente, é na fase de planeamento que o EEESMP prioriza os diagnósticos de enfermagem formulados, identifica os resultados esperados e planeia as intervenções de enfermagem específicas a implementar (Cruchinho, 2009). Ao priorizar os diagnósticos formulados, o EEESMP tem em consideração a hierarquia das necessidades básicas de Maslow, os efeitos que as necessidades de nível inferior têm na satisfação das necessidades mais elevadas e as preferências da pessoa alvo dos cuidados, a dinâmica familiar e comunidade em que se insere (Amaral, 2010). As ações descritas até então constam nos planos de cuidados individualizados e personalizados que foram construídos em parceria com a pessoa com o intuito de primar pela singularidade, facilitar o processo de tomada de decisão do qual a

mesma faz parte e para facilitar a aquisição dos resultados esperados. O plano de cuidados realizado no Estágio I, de índole académica foi realizado informaticamente para efeitos de avaliação da consecução dos objetivos propostos para a unidade curricular em questão. Os planos de cuidados realizados durante o Estágio Final foram documentados informaticamente através do programa SClinico enquanto aplicação informática utilizada na instituição que prevê a uniformização dos registos clínicos realizados e informação partilhada entre os distintos grupos profissionais.

Em associação à temática em estudo no presente relatório de ME e cuidados prestados à família nesse mesmo âmbito, pretendemos realçar que as intervenções planeadas objetivavam responder às suas necessidades, que frequentemente se associavam à dificuldade do sistema familiar em manter o seu funcionamento derivado a processos de saúde-doença vivenciados por um dos elementos. Após a identificação das necessidades das famílias, dos recursos existentes, da formulação de diagnósticos de enfermagem eram planeadas as intervenções de enfermagem a implementar que visavam os recursos e forças existentes na família, potenciando deste modo o seu potencial e incentivando o seu compromisso na consecução dos objetivos delineados em conjunto. Este processo que se constitui enquanto elemento basilar na consecução de resultados em saúde, foi bastante desafiante pelas múltiplas capacidades e competências mobilizadas pelo EEESMP na formulação de diagnósticos de saúde mental que integram os seus diferentes contextos, negociação do plano de cuidados com a pessoa e família e prestação de cuidados tendo sempre associada a visão holística e fundamentos na evidência reunida na qual se incluiu a RSL realizada acerca da temática em estudo.

Relativamente à última unidade de competência considerámos pertinente clarificar que a metodologia de gestão de caso constitui-se como “(...) um processo que articula participações técnicas individualizadas e colaborativas para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços destinados a responder às necessidades de pessoas mais vulneráveis e com necessidades complexas e crónicas de saúde, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde.” (Commission for Case Management Certification, 2004 cit. por Lopes, ano, p.31).

Tal como havíamos mencionado na aquisição da competência anterior, também a presente unidade de competência foi adquirida através dos contributos inerentes à participação nas reuniões de equipa multidisciplinar, *briefings*, reuniões de estudo de caso, elaboração de nota de transferência e nota de alta. Estas dinâmicas inerentes ao contexto onde se realizaram ambos os Estágios não só contribuíram para o desenvolvimento da unidade de competência como destacam que a atuação do EEESMP neste âmbito se coaduna com a alínea d) do Artigo 104º inerente à continuidade dos cuidados que é “(...) creditada pela realização de um plano terapêutico proposto, pode ser perspectivada como um continuum no tempo (de que é exemplo a continuidade entre turnos, assegurando-se um trabalho contínuo, com recurso à informação recolhida nos turnos anteriores e à efectivação do plano de cuidados) e/ou entre instituições e níveis de cuidados (de que constituem exemplo a folha de transferência ou de alta).” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.70).

No que concerne à última competência específica do EEESMP, consideramos que esta só poderá ser alcançada se as anteriores tiverem sido efetivamente adquiridas, uma vez que nesta etapa do desenvolvimento prevê-se que o EEESMP desenvolva juízo clínico singular que lhe permite a implementação de intervenções no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A primeira unidade de competência do Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República n.º515/2018, 2ª Série. N.º151 de 7 de Agosto de 2018, remete-nos para o conceito de psicoeducação. O mesmo, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), consiste num método específico de educação que auxilia pessoas com doença mental (ou pessoa com interesse na doença mental) a compreender de modo claro e conciso diversas doenças mentais. A psicoeducação promove a compreensão e desenvolvimento de estratégias adaptativas para lidar com a doença mental, sendo sugerido pela OE que deve ser parte integrante de um tratamento global.

Os conhecimentos adquiridos acerca de intervenções psicoeducativas no âmbito de distintas UC's suscitaram a nossa curiosidade e conduziram-nos a um maior investimento no estudo acerca das mesmas. Decorrente de motivos de cariz pessoal, profissional, técnico-científicos, momentos de reflexão com o Enfermeiro Orientador e Docente orientadora, bem



como com base nos pressupostos da literatura, da evidência científica disponível, e na(s) necessidades emergentes da prática clínica, decidimos que o foco de atenção às intervenções psicoeducativas do EEESMP com as famílias da pessoa com psicose. Deste modo, o foco de atenção eleito contribuiu fortemente para o desenvolvimento eficaz e aprofundado da presente competência em análise.

Aferimos que o desenvolvimento referenciado ocorreu por intermédio da disponibilização de orientações às pessoas e famílias alvo dos nossos cuidados com o intuito de promover a saúde mental e prevenir o risco de desenvolvimento de perturbações mentais através da implementação de intervenções psicoeducativas promotoras do aumento de conhecimentos, compreensão e gestão afetiva dos problemas relacionados com a saúde mental tal como nos elucidam os critérios de avaliação do Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República n.º 515/2018, 2ª Série. N.º 151 de 7 de Agosto de 2018. Acrescentamos que promovemos o envolvimento das pessoas e respetivas famílias no processo de cuidados, prestámos apoio sistematizado às mesmas, ensinamo-las acerca dos sinais e sintomas de distintas perturbações mentais, opções terapêuticas existentes, estratégias adaptativas e entre outros assuntos considerados pertinentes mediante as necessidades identificadas.

Por sua vez, destacamos igualmente a importância que a realização da RSL teve no desenvolvimento da presente competência uma vez que os seus resultados constituíram o fundamento baseado na evidência para as intervenções psicoeducativas implementadas com as famílias das pessoas com psicose no âmbito da prestação de cuidados. Assim, tendo em conta os objetivos da RSL e o aumento de conhecimentos que adveio da realização da mesma, apoiamos as famílias de modo sistematizado, analisamos o impacto que as doenças mentais têm para as pessoas e famílias e de que modo as intervenções psicoeducativas são benéficas para as mesmas assim como estruturámos a proposta de cuidado no âmbito das intervenções psicoeducativas com as famílias da pessoa com psicose. Desta forma, consideramos que desenvolvemos e adquirimos de modo bastante satisfatório a presente unidade de competência pela descrição de comportamentos e prática adotada.

Relativamente à unidade de competência F4.2, referenciamos que o EEESMP de modo a ser eficaz no desenvolvimento de processos psicoterapêuticos deve estabelecer uma relação



de confiança e ajuda com a pessoa, que possibilite através da parceria estabelecida a compreensão dos problemas identificados (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Por sua vez, Chalifour (2008) acrescenta que os processos psicoterapêuticos exigem capacidade de abertura, conhecimento de si, e capacidade de reconhecimento acerca do modo como estes processos são expressos, negados, deturpados ou recusados no profissional e na pessoa. Estas mesmas capacidades foram alvo de análise de modo detalhado no âmbito da aquisição da primeira competência, sendo aferido que foram demonstradas em ambos os Estágios, contribuindo para a eficácia do desenvolvimento de processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos. Os processos socioterapêuticos baseiam-se igualmente na relação interpessoal desenvolvida entre o grupo e o EEESMP. A intervenção socioterapêutica tem como foco de atenção a interação estabelecida pelos elementos do grupo entre si, constituindo-se como um indicador de como se estabelecem as interações familiares, sociais, profissionais entre outras (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Durante o Estágio I e o Estágio Final, o estabelecimento da relação de ajuda assente na confiança com as pessoas e famílias alvos dos cuidados foi promotora da livre expressão de sentimentos, identificação de atitudes e sentimentos do próprio em relação a si mesmo e aos restantes que os rodeiam. Nas experiências significativas vivenciadas sentimos que o processo de manifestação de sentimentos pela pessoa foi benéfico na identificação de explicações para os problemas existentes contribuindo consequentemente para a discussão de estratégias adaptativas a mobilizar em situações de adversidade com que se pode deparar ao longo do ciclo de vida. Os processos socioterapêuticos foram promovidos e incentivados diariamente através da participação das pessoas nas atividades lúdico-terapêuticas, nas *reuniões de enfermaria* e várias vezes durante o dia, particularmente no momento da refeição que acontecia no refeitório com a presença do grupo. O desenvolvimento dos processos socioterapêuticos conduziu não apenas a aquisição da unidade de competência como também promoveu por inerência competências respeitantes à gestão de grupos, no âmbito da dinamização de atividades lúdico-terapêuticas.

Relativamente à última unidade de competência, o EEESMP em adição ao desenvolvimento de processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos, assume também um papel fundamental na promoção da reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental. Assim, a reabilitação psicossocial assume-se enquanto processo que providencia às pessoas

incapacitadas ou deficientes cuja causa é a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível de independência na comunidade (Organização Mundial de Saúde, 2002 cit. por Ordem dos Enfermeiros, 2011). Com a aquisição da presente unidade de competência o EEESMP estará a contribuir para a promoção da autonomia da pessoa, redução da discriminação e do estigma associado contribuindo para a melhoria das competências sociais e individuais na criação de um sistema de apoio social de longa duração. Assim sendo, consideramos que durante ambos os estágios através da sensibilidade demonstrada para abordar distintas temáticas que atendessem às necessidades das pessoas e famílias, capacitação das pessoas e famílias através dos ensinios realizados, gestão de emoções e inclusão na decisão dos seus projetos de saúde, respeito contínuo pelos seus direitos e deveres e proximidade criada com as mesmas, respeitando sempre os limites da relação de ajuda, constituímos-nos como um elemento promotor da autonomia das pessoas e famílias por intermédio do incremento das suas competências sociais e individuais.

#### **4.3 Competências De Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Prevê-se que o estudante ao frequentar o 2º Curso de ME em AESES na Área de Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, em complementaridade à aquisição do conjunto de competências comuns do EE e de competências específicas do EEESMP, anteriormente apresentadas, adquira igualmente as seguintes competências que constam em Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República n.º157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de Agosto de 2018: “ a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses

juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”(p. 4162).

Ao abordarmos a primeira competência de Mestre, somos remetidos para o papel fundamental que os conhecimentos adquiridos no âmbito das UC's desempenharam. Os conteúdos programáticos abordados são parte integrante de um vasto leque de ciências e disciplinas de interesse de índole teórica e teórico-prática que nos capacitaram para a prestação de cuidados de qualidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Neste sentido, foi aquando a realização do Estágio I e do Estágio Final no Departamento de Psiquiatria supracitado, que ocorreu a mobilização dos conhecimentos adquiridos até então, que suportaram a aquisição de competências comuns do EE, competências específicas do EEESMP e igualmente as competências de Mestre em análise. Contudo, pela complexidade de situações vivenciadas, foi necessário um investimento contínuo no estudo para otimização dos cuidados prestados e consulta de documentos legais que regem a profissão, constituindo-se este como um comportamento intrínseco à conduta adotada, que contribuiu para a qualidade dos cuidados prestados. Deste modo, é nos possível constatar que atuámos em conformidade com a alínea c) do Artigo 109º do CDE, onde é referido que o enfermeiro na procura da excelência do exercício em todos os atos profissionais desempenhados, assume o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, utilizar competentemente as tecnologias, não se esquecendo da formação permanente e aprofundada acerca das ciências humanas (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). A solidificação dos conhecimentos, conduziu a um aumento da nossa compreensão e consequentemente possibilitou o desenvolvimento dos mesmos no âmbito da investigação.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a investigação em Enfermagem objetiva responder a questões e desenvolver conhecimento recorrendo a uma metodologia científica que pode ser de cariz quantitativo, qualitativo ou misto. A presente competência foi operacionalizada no âmbito do Estágio Final através da RSL realizada no âmbito das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias da pessoa com psicose, pelo seu carácter metodológico, rigoroso e sistematizado, tal como nos indica a sua definição. A RSL constitui-se como uma metodologia rigorosa que objetiva



disponibilizar uma síntese abrangente e imparcial de estudos relevantes num só documento, através da implementação de métodos idóneos e sistematizados, ou seja, esta tem como objetivo apresentar uma síntese da evidência existente acerca de uma temática. O processo de pesquisa que conduz à sua construção, é estruturado e requer a utilização de métodos rigorosos, de modo a garantir que os resultados obtidos são confiáveis e significativos para ocorrer a sua implementação na prática clínica (Aromataris & Munn, 2017a).

O REPE corrobora estes pressupostos e interliga-se à presente competência através do nr. º 5 e 6 do Artigo 9º, realçando que a participação dos Enfermeiros em trabalhos de investigação promove a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados e de modo geral e a progressão da saúde. Aquando a realização de ambos os estágios deparámo-nos com situações não familiares, de complexidade elevada que careciam de resolução o que nos exigiu uma compreensão e capacidade de aplicação de conhecimentos mais elevada e concisa. Refletir acerca desta premissa e em simultâneo realizar um paralelismo entre a mesma e as competências de Mestre enunciadas pelo Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República n.º157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de Agosto de 2018, levou-nos a optar pela redação de uma análise conjunta da segunda e terceira competência de mestre, pelos pontos em que ambas convergem.

Através da realização de uma retrospectiva sobre o percurso realizado, consideramos que foi concretizado um trabalho progressivo para adquirir ambas as competências em análise, por intermédio da diversidade de experiências significativas vivenciadas em vários domínios de atuação existentes no contexto de estágio suprarreferido, tais como o internamento, a UICDP e a consulta de Enfermagem e nas atividades instituídas. Apesar dos cuidados de Enfermagem em Saúde Mental a prestar serem idênticos na sua génese, percecionamos que é necessária a mobilização de distintos conhecimentos e o desenvolvimento de um juízo crítico elevado cujos alicerces sejam de natureza ético-deontológica. Com este raciocínio pretendemos elucidar que em cada um dos contextos do departamento e em cada uma das atividades realizadas, pelas dispare necessidades identificadas é exigido que o enfermeiro desenvolva um juízo complexo e singular que o capacite para responder adequadamente a cada um dos desafios com que se depara. Por sua vez, o desenvolvimento desta capacidade e a possibilidade em conhecer cada uma destas esferas de atuação existentes no contexto de estágio, conduziu à realização de uma avaliação



exaustiva da pessoa alvo dos nossos cuidados e da sua família tendo em conta o contexto em que se encontra inserida.

Exemplificamos o desenvolvimento das competências em análise também em situações mais delicadas nas quais a pessoa alvo dos nossos cuidados se encontra mais vulnerável e os cuidados a prestar podem ir contra a sua vontade, como por exemplo em situações de internamento compulsivo. Nestas situações para adequação dos cuidados a prestar foi consultada a Lei nº 49/2018 publicada em Diário da República n.º 156/2018, 1ª Série. Nº 156 de 14 de Agosto de 2018 e mobilizados os seus pressupostos com o intuito de conferir suporte legal para as práticas adotadas e processo de tomada de decisão. A nossa tomada de decisão alicerçou-se no CDE, no REPE, nos princípios éticos, questões da bioética decorrentes e legislação em vigor associada a cada uma das temáticas emergentes. Em complementaridade à análise realizada, encontra-se a reflexão redigida acerca da aquisição das competências comuns do EE no domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal.

Ainda no âmbito de situações complexas, a capacidade de aplicar conhecimentos e desenvolver soluções em situações desta natureza, foi desenvolvida diversas vezes em contextos multidisciplinares. Pela especificidade dos cuidados prestados no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pelas situações emergentes e de risco acrescido com que nos deparámos, e tendo em conta o papel fundamental que o enfermeiro desempenha na promoção da reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, a articulação com a equipa multidisciplinar foi essencial. Neste sentido, durante a prestação de cuidados, em processos de tomada de decisão, em reuniões multidisciplinares cujos projetos terapêuticos eram discutidos pelos distintos grupos profissionais, os nossos juízos e propostas de intervenções a implementar eram valorizadas e alvo de reflexão no seio da equipa. A adoção destes comportamentos para além de conduzir à aquisição das competências de Mestre em análise, evidenciou uma conduta respeitosa pela alínea b) e c) do Artigo 112º do CDE, contribuindo para a obtenção da melhoria contínua da qualidade em saúde.

Seguindo esta linha de pensamento, retomamos ao Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República n.º 157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de Agosto de 2018, que nos remete para a capacidade que o Mestre deve deter em comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes quer a especialistas, quer a não especialistas, de forma clara e

sem ambiguidades. Relacionamos esta competência com a capacidade que foi demonstrada em comunicar com a equipa de Enfermagem na qual constam EE quer não especialistas, assim como em comunicar com a equipa multidisciplinar em casos como os anteriormente descritos. Defendemos igualmente que esta capacidade relaciona-se com competências comunicacionais desenvolvidas, conhecimento aprofundado acerca do que se propõe transmitir, segurança nas decisões tomadas, bem como raciocínio lógico e bem fundamentado, porque caso não se reúnam estas condições não se efetivará a comunicação eficaz e com as componentes referenciadas. No âmbito da aquisição de conhecimentos que permitiram a comunicação eficaz das nossas conclusões e raciocínios estiveram as UC's cuja componente avaliativa integrava a apresentação oral dos trabalhos escritos e em particular a UC Formação e Supervisão em Enfermagem.

Analisar a última competência de Mestre conduz-nos a uma introspeção acerca do percurso académico e profissional efetuado até ao presente, em associação a características pessoais que contribuíram para a consecução de objetivos traçados. Consideramos que detemos um conjunto de características pessoais que desde o início da formação académica nos conduziram a procurar continuamente o saber, adquirir, aprofundar e aplicar conhecimentos obtidos e posteriormente em contexto de prestação de cuidados adotar uma prática conducente e assente no respeito pelos mesmos. Desde o término do CLE que o investimento na formação tem sido evidente, através da frequência de diversas Conferências, Seminários e presença em formações de serviço a nível institucional, bem como a conclusão da Pós-Graduação Saúde do Adulto e Cuidado em situação Crónica e Paliativa. A atitude proativa, o empenho, a dedicação, a ambição em prestar cuidados de enfermagem de qualidade e alcançar a excelência do exercício, constituíram-se como alicerces que motivaram o investimento contínuo que nos conduziu até ao presente curso de ME.

Neste sentido, percecionamos que nos encontramos a vivenciar um processo formativo bastante rico em aprendizagens e experiências significativas que possibilitaram o nosso desenvolvimento quer profissional bem como pessoal. Decorrente deste processo formativo, destacamos a aquisição de competências comuns de EE assim como competências específicas do EEESMP como instrumentos preciosos para a construção de conhecimentos, mobilização de aptidões, reflexão acerca das práticas adotadas, promoção do pensamento

crítico, relação de ajuda e otimização dos processos de tomada de decisão fundamentados por conhecimentos ético-deontológicos.

Em suma, todas as competências adquiridas contribuíram para o enriquecimento profissional e pessoal, potenciando a nossa autonomia para conduzir novos processos de aprendizagem, igualmente benéficos como este, ao longo da nossa vida. O processo de aquisição da presente competência relaciona-se com a alínea c) do artigo 109º do CDE e é idêntico ao abordado na análise da aquisição da primeira competência de EEESMP e primeiro domínio de competências comuns do EE inerente ao elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro que o mesmo deve deter.

Findada a análise das competências que nos conferem o grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, aferimos que todas foram atingidas na sua totalidade, através dos processos supracitados que espelharam a adoção de um padrão de conduta que dignifica a profissão e objetiva alcançar a excelência do exercício.

## 5. CONCLUSÃO

Ao confrontarmo-nos com a redação deste capítulo, consideramos pertinente iniciá-lo com a constatação de que a realização do presente Relatório de ME possibilitou a elucidação e reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de Estágio, que conduziram à aquisição das competências necessárias para a obtenção do título de EEESMP e grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que simultaneamente contribuíram para o nosso crescimento a nível profissional e pessoal.

Com o intuito de providenciar aos leitores do documento em apreço um encadeamento lógico de conceitos, transmissão clara de conhecimentos acerca do fenómeno em estudo, e descrição pormenorizada e reflexiva das atividades desenvolvidas, destacamos que esteve na base da nossa preocupação a estrutura adotada e fluidez do discurso utilizado. Deste modo, consideramos que os tópicos abordados no Enquadramento Conceptual contribuíram para contextualizar a temática eleita: Intervenções Psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas com psicose, e a descrição do Modelo de Sistemas de Betty Neuman permitiu clarificar a pertinência da abordagem sistémica e holística, adotada nas intervenções psicoeducativas a implementar com as famílias das pessoas com psicose.

Por sua vez, no âmbito da Metodologia de Projeto, procedemos à descrição de cada uma das fases que a constituem, em ligação às atividades desenvolvidas para responder à problemática identificada no local de realização de Estágio, bem como, atender ao desejo de índole pessoal e profissional de aumentar conhecimentos sobre a mesma. Deste modo, objetivou-se a realização de uma RSL acerca das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas no primeiro episódio psicótico *versus* com as famílias das pessoas com psicose e realização de proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras de intervenção psicoeducativa, a realizar com as famílias das pessoas com psicose. A realização da RSL promoveu a recolha de evidência científica acerca da problemática, conduzindo à incorporação da PBE no nosso agir, que conferiu suporte à nossa tomada de decisão e contribuiu para a prestação de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica de qualidade.



Apontamos como fragilidade da RSL realizada, a diminuta amostra de evidência científica existente sobre a temática, o que não nos permitiu dar resposta à questão de investigação e conhecer quais os contributos das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas no primeiro episódio psicótico *versus* com as famílias das pessoas com psicose. Contudo, apesar de ser considerado um fator limitativo, este pode ser também elucidativo acerca da produção científica existente e promotor de investigação, tal como refere Ramalho (2005), o facto de existirem poucos estudos de RSL, mostra a necessidade de se realizar mais investigação sobre a temática, uma vez que auxilia na identificação de lacunas do conhecimento.

Apesar das fragilidades apontadas, a partir dos resultados dos estudos analisados, foi possível aferir que existem contributos para as famílias das pessoas com psicose decorrentes das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP. O modo de dinamização de intervenções psicoeducativas com as famílias das pessoas com psicose mais eficaz é em GPMF, sendo estes potenciadores dos seguintes contributos: aumento de conhecimentos relativamente à psicose, aumento de competências para cuidar da pessoa com psicose, possibilita a expressão de sentimentos, promove a diminuição do isolamento social, fomenta o sentimento de experiência coletiva, diminui o estigma associado à doença mental e diminui a hipótese de desenvolvimento de características psicopatológicas. Podemos concluir que os familiares cuidadores das pessoas com psicose que participam em GPMF, possuem mais conhecimentos acerca da doença mental, possuem estratégias adaptativas eficazes e são mais autónomos nos processos de tomada de decisão, o que lhes permite uma adaptação mais eficaz face ao processo de saúde-doença da pessoa com psicose que lhe é significativa.

A proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras de intervenção psicoeducativa, a realizar com as famílias das pessoas com psicose, foi elaborada com base nos diagnósticos de Enfermagem decorrentes das necessidades dos familiares das pessoas com psicose identificadas e que constam na literatura, nos artigos científicos incluídos na RSL realizada e sugestões presentes na literatura inerentes à temática. A mesma foi estruturada de acordo com o modelo de GPMF, criado por McFarlane et al. (2003) e adaptada à tipologia de internamento do Departamento de Psiquiatria do Hospital do sul, onde foi identificada a ausência de um programa estruturado de apoio às famílias neste âmbito. A mesma foi elaborada pela pertinência da criação de respostas por parte dos

Serviços de Saúde Mental para colmatar as necessidades identificadas no familiar da pessoa com psicose e consequentemente contribuir para a homeostasia do sistema familiar.

Consideramos pertinente destacar que o potencial e competências do EEESMP para a implementação das intervenções psicoeducativas com as famílias das pessoas com psicose que integram a proposta realizada, são reconhecidos. Assim, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011) a especificidade da prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica dota o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica de competências que o permitem adotar uma abordagem holística sustentada pela relação de ajuda, mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, para responder eficazmente às necessidades da pessoa, da família e grupos a quem presta cuidados ao longo do ciclo vital. Deste modo, a implementação de intervenções psicoeducativas pelo EEESMP encontra-se regulamentada na 4ª competência do Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República n.º 515/2018, 2ª Série. N.º 151 de 7 de Agosto de 2018, e este constitui-se como um dos elementos da equipa multidisciplinar dotado de competências e conhecimentos que possibilitam a implementação destas intervenções contribuindo para a promoção da saúde do binómio pessoa-família.

No âmbito de sugestões e perspetivas futuras, destacamos primeiramente a pertinência e necessidade de produção científica acerca das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas com psicose, pela diminuta evidência científica disponível e pelo esclarecimento superficial que se verifica na diminuta evidência científica encontrada. Realçamos também que nenhum dos estudos que incluímos na RSL é inerente à realidade portuguesa, o que nos leva a realçar a pertinência de um maior investimento e clarificação acerca da implementação e desenvolvimento da temática em apreço, no nosso país. Relativamente a perspetivas futuras, prevê-se a publicação da RSL realizada, enquanto meio de divulgação da pertinência da temática em estudo e dos resultados obtidos, que contribuem para a qualidade dos cuidados prestados na prática clínica uma vez que se baseiam na evidência científica mais recente disponível. Por sua vez, espera-se que a proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras de intervenção psicoeducativa, a realizar com as famílias das pessoas com psicose, mediante aprovação do Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica, contribua para a melhoria dos cuidados prestados.

mento de Psiquiatria do Hospital do Sul, venha a constituir-se como um elemento orientador da prática clínica no apoio providenciado às famílias das pessoas com psicose.

No que concerne aos objetivos inicialmente propostos para o presente Relatório de ME, podemos aferir que foram alcançados uma vez que: apresentamos o documento em apreço através da Metodologia de Projeto, sendo que o mesmo, futuramente, será alvo de prova pública perante júri; refletimos sobre a importância das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com as famílias das pessoas com psicose e descrevemos reflexivamente e pormenorizadamente a aquisição de competências desenvolvidas no percurso do Mestrado e em particular no Estágio I e Estágio Final.

A descrição reflexiva e pormenorizada acerca do processo que conduziu à aquisição de competências desenvolvidas para a obtenção do título de EEESMP e grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, revelou-se uma mais-valia para transmitir ao leitor o conjunto de condicionantes promotoras de aprendizagem e desenvolvimento, e simultaneamente para realizarmos uma retrospectiva do processo evolutivo vivenciado. Neste sentido, consideramos que os conhecimentos adquiridos ao longo da lecionação das UC's, aliados à motivação pessoal de aumentar conhecimentos, adquirir as competências enunciadas, atitude de disponibilidade e proatividade demonstradas, possibilitaram a identificação e rentabilização de oportunidades de aprendizagem que surgiram durante ambos os estágios. Realçamos que o contexto em questão, possui uma atmosfera promotora de desenvolvimento pessoal e profissional, pelas distintas dinâmicas que possui, nas quais tivemos oportunidade de participar e vivenciar experiências significativas, cujos ganhos se traduziram na consolidação e aumento de conhecimentos assim como na aquisição efetiva das competências previstas.

O percurso realizado, que conduziu à consecução dos objetivos referidos, foi pautado por aspetos de díspar cariz, nomeadamente aspetos facilitadores e aspetos dificultadores. Relativamente aos aspetos facilitadores, destacamos a orientação, compreensão, motivação e *feedback* providenciado pela Docente Orientadora bem como pelo Enfermeiro Orientador que se constituíram como elementos basilares na promoção do nosso desenvolvimento. A realização de ambos os estágios no Departamento de Psiquiatria do Hospital do Sul onde exercemos funções, também se constitui como um dos aspetos facilitadores, por motivos

organizativos, bem como, pelo aumento de conhecimentos acerca do funcionamento interno da Instituição. Destacamos igualmente o acolhimento caloroso, disponibilidade e ambiente promotor de aprendizagem providenciado pela equipa multidisciplinar do Departamento de Psiquiatria. Por sua vez, os aspetos dificultadores estiveram relacionados com os aspetos referenciados anteriormente, inerentes à escassez de evidência científica disponível acerca da temática, assim como, dados epidemiológicos reduzidos acerca das perturbações psicóticas.

Realizando uma retrospectiva sobre o percurso realizado ao longo deste 2º ME em AESES, podemos afirmar que o mesmo se constituiu como o maior desafio vivenciado ao longo do nosso percurso pessoal e profissional realizado até então. Motivados pelo desejo de aumentar conhecimentos e adquirir competências numa área de saber em Enfermagem distinta da área em que exercemos funções atualmente (mas simultaneamente essencial em todos os contextos da prática clínica), ingressámos neste desafio, que se revelou ainda mais furtuito a todos os níveis, do que o expectável. A vivência de experiências significativas ao longo deste percurso foi determinante na promoção do nosso auto-conhecimento, da capacidade de resiliência, na trajetória ascendente de crescimento profissional realizado e definição de objetivos futuros no âmbito da nossa formação e desafios profissionais a abraçar. Ao findar a redação do documento em apreço, somos arrebatados por um sentimento nostálgico associado a este percurso, que foi pautado por momentos ímpares de aprendizagem, que nos conduziram a um sentimento de realização imensurável, e constituíram-se como alicerces para a aquisição de competências que visam a obtenção do título de EEESMP e grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.



## 6. BIBLIOGRAFIA

Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget

Addington, J., Coldham, E.L., Jones, B., Ko, T., & Addington, D. (2003). The first episode of psychosis: The experience of relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (4), 285–289. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00153.x

Almeida de Moura, A. Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Zanetti, A. C. B., & Gabriel, C. S. (2017). Liderança e satisfação no trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(4), 442–450. doi:10.1590/1982-0194201700055

Almeida, J. (2018). *A saúde Mental dos Portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Almeida, R., Marques, A., Queirós, C. (2014). *weCope: Programa Cognitivo-comportamental de Intervenção em Grupo na Psicose*. Porto: Laboratório de Reabilitação Psicossocial

Amaral, A.C. (2010). *Prescrições de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusodidacta

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed

Anderson, C.M., Hogarty, E.G., & Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic: a psychoeducational approach. *Schizophr. Bull.*, 6 (3), 490-505. doi: 10.1093/schbul/6.3.490

Aromataris, E., & Munn Z (2017a). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. Acedido a 5 de Janeiro de 2019 em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Aromataris, E., & Munn Z (2017b). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. Acedido a 27 de Abril de 2019 em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Appendix+2.1%3A+JBI+Critical+Appraisal+Checklist+for+Qualitative+Research>

Assembleia da República (2018). Lei nº 49/2018 publicada em Diário da República n.º 156/2018, 1ª Série. Nº 156 de 14 de Agosto de 2018, 4072-4086

- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (2018). *Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem*. Comissões de Curso dos Mestrados em Enfermagem
- Austrom, M. G., Geros, K. N., Hemmerlein, K., McGuire, S. M., Gao, S., Brown, S. A., ... Clark, D. O. (2014). Use of a multiparty web based videoconference support group for family caregivers: Innovative practice. *Dementia*, 14(5), 682–690. doi:10.1177/1471301214544338
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto
- Boydell, J., Onwumere, J., Dutta, R., Bhavsar, V., Hill, N., Morgan, C., ... Fearon, P. (2013). Caregiving in first-episode psychosis: social characteristics associated with perceived “burden” and associations with compulsory treatment. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(2), 122–129. doi:10.1111/eip.12041
- Bustillo, J. R., Lauriello, J., Horan, W. P., & Keith, S. J. (2001). The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 163–175. doi:10.1176/appi.ajp.158.2.163
- Cabral, R. R.F., & Chaves, A. C. (2010). Multi-Family Group Intervention in a Programme for Patients With First-Episode Psychosis: a Brazilian Experience. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(5), 527–532. doi:10.1177/0020764009102754
- Caldas de Almeida, J, Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório*. Acedido a 7 de Janeiro 2019 em: [http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria\\_imagens/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf)
- Camelo, S.H.H., & Silva, V.L.S. (2013). A Competência da Liderança em Enfermagem: Conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. *Revista de Enfermagem UERJ*, 21 (4), 533-539. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a19.pdf>
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden of Care in families of patients with schizophrenia. *Springer*, 15, 719-724. doi: 10.1007/s11136-005-4629-2

- Carvalho, J. C. (2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar, da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (8), 52-57. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n8/n8a08.pdf>
- Carvalho, J.C., (2015). A família e as pessoas com experiência de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (14), 6-8. doi: 10.19131/rpesm.0099
- Carvalho, M. I. (2012). *Serviço social na saúde*. Lisboa: LIDEL
- Castro, L.B., & Ricardo, M.M.C. (1993). *Educação hoje: Gerir o trabalho de Projeto. Um Manual para Professores e Formadores*. 3ª Ed. Lisboa: Texto Editora
- Centro Hospitalar Barreiro Montijo [CHBM] (2017). *Psiquiatria*. Acedido a 20 de Novembro 2018 em: <http://www.chbm.min-saude.pt/servicos/servicos-clinicos/70-psiquiatria>
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção*. Loures: Lusodidacta
- Cole, H. P., & Lacefield, W. E. (1982). Theories of learning, development, and psychoeducational design: Origins and applications in nonschool settings. *Viewpoints in Teaching and Learning*, 58(3), 6-16. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/235764748\\_Theories\\_of\\_Learning\\_Development\\_and\\_Psychoeducational\\_Design\\_Origins\\_and\\_Applications\\_in\\_Nonschool\\_Settings](https://www.researchgate.net/publication/235764748_Theories_of_Learning_Development_and_Psychoeducational_Design_Origins_and_Applications_in_Nonschool_Settings)
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 40, 147–165.doi:10.1016/s0034-7450(14)60200-6
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Postural Plano de Ação 2007-2016*. Acedido a 20 de Março de 2019 em: <http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2018/05/Reestrutura%C3%A7%C3%A3o-e-Desenvolvimento-dos-Servi%C3%A7os-de-Sa%C3%BAde-Mental-em-Portugal-Plano-de-a%C3%A7%C3%A3o-2007-2016.pdf>



Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. Suíça: International Council of Nurses

Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Suíça: International Council of Nurses

Correa-Builes, M.V., Hernández-Bedoya, M.H. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (4), 463-475. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74502006000400003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502006000400003)

Cruchinho, P. (2009). Modelo das Dez Etapas- um modelo para o desenvolvimento das competências de processo de enfermagem baseado na utilização dos instrumentos básicos da profissão. *Revista Percursos*, 12, 13-29. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_12.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_12.pdf)

Cuesta, M.J., Gil, P., Artamendi, M., Serrano, J., & Peralta, V. (2002). Premorbid personality and psychopathological dimension in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 58 (2-3), 273-280. doi: 10.1016/S0920-9964(01)00395-4

Day, K., Starbuck, R., & Petrakis, M. (2017). Family group interventions in an early psychosis program: A re-evaluation of practice after 10 years of service delivery. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(5), 433–438. doi:10.1177/0020764017710301

Direção Geral de Saúde (2016). *Portugal Saúde Mental em Números – 2015*. Acedido a 1 de Abril de 2019 em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>

Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., ... Sondheim, D. (2001). Evidence-Based Practices for Services to Families of People With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services*, 52(7), 903–910. doi:10.1176/appi.ps.52.7.903

Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program (2016). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis*. 2ª Ed. Melbourne: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health



- Faber, G., Smid, H. G. O. M., Van Gool, A. R., Wiersma, D., & Van Den Bosch, R. J. (2012). The effects of guided discontinuation of antipsychotics on neurocognition in first onset psychosis. *European Psychiatry*, 27(4), 275–280. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.02.003
- Fernandes, J. (2016). Apoio à Família em Cuidados Paliativos. In. A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto. 3ªEd., *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.653- 663). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M.A. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Figueiredo, M.H. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência
- Foldemo, A., Gullberg, M., Ek, A. C., & Bogren, L. (2005). Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (2), 133–138. doi:10.1007/s00127-005-0853-x
- Freese, B. (2002). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In A. Tomey & M. Alligod. 5ªEd., *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra* (Modelos e Teorias de Enfermagem) (pp. 335- 375). Loures: Lusociência
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 549–556. doi:10.1590/s0104-11692004000300014
- George, J.B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed
- Gerson, R., Davidson, L., Booty, A., McGlashan, T., Malespina, D., Pincus, H. A., & Corcoran, C. (2009). Families' Experience With Seeking Treatment for Recent-Onset Psychosis. *Psychiatric Services*, 60(6), 812–816.doi:10.1176/ps.2009.60.6.812
- Gomes, I.D., Lopes, M.D.P., Monteiro, M.C.P.D., Basto, M.L., Simão de Oliveira,C., Botelho, M.A.R,...Henriques, A. (2017). Grupo de Suporte a Familiares de Pessoas com Doença Mental Grave: Reequilíbrio da Identidade do Quotidiano. *Pensar Enfermagem*, 21 (1), 3-

19. Disponível em:  
[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo%201%20Pages%20from%20PE21\\_1sem2017\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo%201%20Pages%20from%20PE21_1sem2017(1).pdf)

Gonçalves-pereira, M., & Xavier, M. (2007). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia : Fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica* , 2 (XXV), 241–255. doi: 10.14417/ap.443

Gonçalves-Pereira, M.; Xavier, M.; Neves, A., Barahona-Correa, B., Fadden,G. (2006). Intervenções Familiares na Esquizofrenia – Dos aspetos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 1-8. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/21883>

Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., & Kavanagh, D. J. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(11), 899–904. doi:10.1007/s00127-005-0963-5

Hanson, S.M.H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. 2ª Ed. Loures: Lusodidacta.

Happell, B., Platania-Phung, C., Gray, R., Hardy, S., Lambert, T., Mcallister, M., & Davies, C. (2011). A Role For Mental Health Nursing In The Physical Health Care Of Consumers With Severe Mental Illness. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 18(8), 706 711. doi:10.1111/J.1365-2850.2010.01666.X

Harrow, M., Jobe, T.H., & Faull, R.N. (2012) Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 42 (10), 2145-55. doi:10.1017/S0033291712000220.

Hettema, J.M., Walsh, D., & Kendler, K.S. (1996). Testing the Effect of Season of Birth on Familial Risk for Schizophrenia and Related Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168 (2), 205-209. doi: 10.1192/bjp.168.2.205

Hidalgo-García, M.V., Álvarez-Dardet, S.M., Hidalgo, J.S., Lara, B.L., & Garcia, L.J. (2009).La intervención con familias en situación de riesgo psi-cosocial. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 413-426. Disponível em:  
<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/155/157>

- Hong, L.E., Thaker, G.K., McMahon, R.P., Summerfelt, A., Rachbeise, I. J., Fuller RL,...Nye, A. (2011). Effects of moderate-dose treatment with varenicline on neurobiological and cognitive biomarkers in smokers and nonsmokers with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68 (12), 1195-206. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.83
- Horst, W. D., Klein M.W., Williams D., Werder S.F. (2005). Extended use of nicotine replacement therapy to maintain smoking cessation in persons with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1(4), 349-55. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2424122/>
- Hultman, C.M., Ohman, A., Cnattingius, S., Wieselgren, I.M., & Lindstrom, L.H. (1997) Prenatal and neonatal risk factors for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 170 (2), 128-33. doi: 10.1192/bjp.170.2.128
- International Council of Nurses (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Suíça: International Council of Nurses
- International Council of Nurses (2016). *CIPE Versão 2015- Classificação Internacional Para A Prática De Enfermagem*. Genebra: International Council of Nurses
- Jablensky, A., McGrath, J., Herrman, H., Castle, D., Gureje, O., Evans, M.,...Harvey, C. (2000). Psychotic disorders in urban areas: an overview of the Study on Low Prevalence Disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (2), 221- 236. doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00728.x
- Joanna Briggs Institute (2015). *Systematic Review Resource Package The Joanna Briggs Institute Method for Systematic Review Research Quick Reference Guide*. Queen's Joanna Briggs Collaboration version 4.0. Acedido a 5 de Janeiro de 2019 em: <http://healthindisasters.com/images/Books/Systematic-Review-Resource-Package.pdf>
- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2018). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 1.doi:10.1097/xeb.0000000000000155
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2007). *Compêndio de Psiquiatria*. 9ªEd. Porto Alegre: Artmed



- Kendall, T. (2011). The rise and fall of the atypical antipsychotics. *British Journal of Psychiatry*, 199(04), 266–268. doi:10.1192/bjp.bp.110.083766
- Knapp, M., Mangalore, R., & Simon, J. (2004). The Global Costs of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (2), 279–293. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007078apa
- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Stefanakis, Z., Basta, M., Lionis, C., & Vgontzas, A. N. (2014). Family functioning in families of first-episode psychosis patients as compared to chronic mentally ill patients and healthy controls. *Psychiatry Research*, 219(3), 486–496. doi: 10.1016/j.psychres.2014.06.045
- Kuipers, E. (2010). Time for a separate psychosis caregiver service? *Journal of Mental Health*, 19(5), 401–404. doi:10.3109/09638237.2010.510155
- Kuipers, E., & Raune, D. (2000). The early development of EE and burden in the families of first onset psychosis. In M. Birchwood, D. Fowler, & C. Jackson, *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 128–140). Chichester: John Wiley and Sons.
- Kuipers, E., Leff, J., & Lam, D. (2006). *Family work for schizophrenia: A practical guide*. 2ª Ed. London: Gaskell Press.
- Kuipers, E., Onwumere, J., & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 196(04), 259–265. doi:10.1192/bjp.bp.109.070466
- Laidlaw, T.M., Coverdale, J.H., Fallon, I.R., & Kydd, R.R. (2002). Caregivers's Stresses When Living Together or Apart from Patients with Chronic Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 38(4), 303-310. doi: 10.1023/A:1015949325141
- Leavey, G., Gulamhussein, S., Papadopoulos, C., Johnson-Sabine, E., Blizzard, B., & King, M (2004). A randomized controlled trial of a brief intervention for families of patients with a first episode of psychosis. *Psychological Medicine*, 34 (3), 423–431. doi:10.1017/s0033291703001594
- Leite, E., Malpique, M., Ribeiro dos Santos, M. (2001). *Trabalho de Projeto I: Aprender por projetos centrados em problemas*. 3ª Ed. Porto: Edições Afrontamento



- Lemes, C. B., & Neto, J.O. (2017) Aplicações da Psicoeducação no Contexto de Saúde. *Temas em Psicologia*, 25 (1), 17-28, doi: 10.9788/TP2017.1-02
- Lopes, J.M.O. (2012) *Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso: a experiência vivida da pessoa com problemas de adição* (Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa). Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7296>
- Lowenstein, J. A., Butler, D. W., & Ashcroft, K. (2010). The efficacy of a cognitively orientated carers group in an early intervention in psychosis service: A pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 (7), 628–635. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01564.x
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205–225. doi:10.1093/brief-treatment/mhh019
- Macedo, J.O.M (2010). *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares efeitos nas pessoas com Esquizofrenias e suas Famílias*. (Tese de Mestrado em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa Porto). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15750>
- Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Frances, G., Economou, M., Kallert, T.,...Maj. M. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry*, 4 (1), 45-49. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414722/>
- Mão de Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri
- Marin, H., Rodrigues, R., Delaney, C., Nilsen, G. & Yan, J. (2001). *Building standard-based nursing information systems*. Washington: PAHO
- McCann, T. V., Lubman, D. I., & Clark, E. (2011). First-Time Primary Caregivers' Experience of Caring for Young Adults With First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 381–388.doi:10.1093/schbul/sbp085

- McDonnell, M. G., Short, R. A., Hazel, N. A., Berry, C. M., & Dyck, D. G. (2006). Multiple-Family Group Treatment of Outpatients With Schizophrenia: Impact on Service Utilization. *Family Process*, 45(3), 359–373. doi:10.1111/j.1545-5300.2006.00176.x
- McFarlane, W. R. (1991). Schizophrenia and Psychoeducation: Model for intervention in family practice. *Canadian Family Physician*, 47, 2457-2465. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21229059>
- McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of Severe Psychiatric Disorders*. New York: The Guilford Press
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family Psychoeducation And Schizophrenia: A Review Of The Literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223–245. doi:10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x
- McWilliams, S., Egan, P., Jackson, D., Renwick, L., Foley, S., Behan, C., ... O'Callaghan, E. (2010). Caregiver psychoeducation for first-episode psychosis. *European Psychiatry*, 25(1), 33–38. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.08.006
- Mendes, J. (2006). A Relação de Ajuda: Um instrumento no processo de cuidados de Enfermagem. *Revista de Formação Contínua em Enfermagem INFORMAR*, 36, 71-77. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3163/1/Artigo%20Rev.%20Informar%20-%202006.pdf>
- Mentis, M., Messinis, L., Kotrotsiou, E., Angelopoulos, N. V., Marneras, C., Papathanasopoulos, P., & Dardiotis, E. (2014). Efficacy of a support group intervention on psychopathological characteristics among caregivers of psychotic patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(4), 373–378. doi:10.1177/0020764014547075
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (2011). *Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Acedido a 22 de Abril 2019 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar\\_MCEEC.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf)
- Miguel, A. (2006). *Gestão moderna de Projectos: Melhor Técnicas e Práticas*. 2ª Ed. Lousã: FCA

Ministério da Saúde (2008). *Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Acedido a 20 de Março de 2019 em: <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>

Ministério da Saúde (2008). *Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Acedido a 20 de Março de 2019 em: <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>

Ministério da Saúde (2010). Decreto-Lei nº8/2010 publicado em Diário da República nº 19/2010, 1ª Série. Nº19 de 28 de Janeiro de 2010, 257-263

Ministério da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Acedido a 20 de Março de 2019 em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Ministério da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Acedido a 20 de Março de 2019 em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-885309-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman D.G., & PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Munizza, C., Argentero, P., Coppo, A., Tibaldi, G., Di Giannantonio, M., Picci, R. L., & Rucci, P. (2013). Public Beliefs and Attitudes towards Depression in Italy: A National Survey. *PLOS ONE*, 8(5). doi: 10.1371/journal.pone.0063806

Musashi M. (2002). *O livro dos cinco anéis*. 2ª Ed. Queluz: Coisas de Ler Edições



National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and Schizophrenia in adults – The Nice Guideline on Treatment and Management*. Acedido a 15 de Março de 2019 em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª Ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange

Nilsen, L., Frich, J. C., Friis, S., & Røssberg, J. I. (2013). Patients' and Family Members' Experiences of a Psychoeducational Family Intervention after a First Episode Psychosis: A Qualitative Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(1), 58–68. doi:10.3109/01612840.2013.837992

Nilsen, L., Frich, J. C., Friis, S., Norheim, I., & Røssberg, J. I. (2014). Participants' perceived benefits of family intervention following a first episode of psychosis: a qualitative study. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(2), 152–159. doi:10.1111/eip.12153

Nogueira, N.R. (2005). *Pedagogia dos Projetos: etapas, papéis e atores*. Tatuapé: Editora Érica

Nunes, L (2011). *Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência

Olin, S.C., & Mednick, S. (1996). Risk Factors of Psychosis: Identifying Vulnerable Populations Premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 223-240. doi:10.1093/schbul/22.2.223

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de Posição do Conselho Diretivo Ordem dos Enfermeiros sobre Investigação em Enfermagem*. Acedido a 4 de Março de 2019 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Parecer nº 136/2007 Proposta de Enunciado de Posição do Conselho Jurisdicional sobre Delegação*. Acedido a 7 de fevereiro 2019 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao\\_23Abr2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Acedido a 5 de Janeiro 2019 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>



Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Código Deontológico*. Acedido a 11 de Março 2019 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Acedido a 2 de Fevereiro 2019 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015c). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer nº 01/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica sobre Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Realização de Exame do Estado Mental*. Acedido a 4 de Março de 2019 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP\\_Parecer\\_1\\_2017\\_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer_1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* publicado em Diário da República nº151/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018, 21427-21430

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de Fevereiro de 2019, 4744-4750

Organização Mundial da Saúde (2015). *MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos serviços de atenção à saúde não especializadas*. Suíça: Organização Mundial de Saúde. ISBN 978 92 4 154806 9

Organization for Economic Co-operation and Development & European Union (2018). *Health at a Glance: Europe 2018- State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing

- Ostman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181 (6), 494–498. doi:10.1192/bjp.181.6.494
- Pearson, A., Jordan, Z., & Munn, Z. (2012). Translational Science and Evidence-Based Healthcare: A Clarification and Reconceptualization of How Knowledge Is Generated and Used in Healthcare. *Nursing Research and Practice*, 2012, 1–6. doi:10.1155/2012/792519
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 3(8), 207–215. doi:10.1097/01258363-200509000-00001
- Pereira, S.M. (2010). *Cuidados Paliativos: Confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora
- Petrakis, M., & Laxton, S. (2017). Intervening Early with Family Members during First-Episode Psychosis: An Evaluation of Mental Health Nursing Psychoeducation within an Inpatient Unit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 48–54. doi: 10.1016/j.apnu.2016.07.015
- Petrakis, M., Bloom, H., & Oxley, J. (2014). Family perceptions of benefits and barriers to first episode psychosis carer group participation. *Social Work in Mental Health*, 12 (2), 99–116. doi:10.1080/15332985.2013.836587
- Petrakis, M., Oxley, J., & Bloom, H. (2012). Carer psychoeducation in first-episode psychosis: Evaluation outcomes from a structured group programme. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(4), 391–397. doi:10.1177/0020764012438476
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta
- Pires da Cunha, D.S.S. (2017). *Autoestima e esperança no cliente inimputável: contributo da arteterapia numa intervenção especializada* (Tese de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/21046?locale=en>

- Pollio, D. E., North, C. S., & Osborne, V. A. (2002). Family-Responsive Psychoeducation Groups for Families with an Adult Member with Mental Illness: Pilot Results. *Community Mental Health Journal*, 38(5), 413–421. doi:10.1023/a:1019812512926
- Presidência do Conselho de Ministros (2018). Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República n.º157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de Agosto de 2018, 4162- 4165
- PRISMA Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analyses (2015). *PRISMA Flow Diagram*. Acedido a 23 de Abril de 2019 em: <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.doc>
- Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise. Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau
- Riley, G., Gregory, N., Bellinger, J., Davies, N., Mabbott, G., & Sabourin, R. (2011). Carer's education groups for relatives with a first episode of psychosis: An evaluation of an eightweek education group. *Early Intervention in Psychiatry*, 5 (1), 57–63. doi:10.1111/j.1751-7893.2010.00195.x
- Schene, A. H., van Wijngaarden, B., & Koeter, M. W. J. (1998). Family caregiving in schizophrenia: Domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (4), 609–618. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033352
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.
- Shevlin, M. Dorah, M.J., & Adamson, G. (2007). Trauma and Psychosis: Na analysus of the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 164 (1), 166-169. doi: 10.1176/ajp.2007.164.1.166
- Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T., & Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 13–24. doi: 10.1016/j.cpr.2017.05.002



- Sin, J., Moone, N., & Newell, J. (2007). Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis—Implementing evidence-based practice on psycho-educational family intervention. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14 (3), 282–290. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01075.x
- Smith, L., Onwumere, J., Craig, T., McManus, S., Bebbington, P., & Kuipers, E. (2014). Mental and physical illness in caregivers: results from an English national survey sample. *British Journal of Psychiatry*, 205(03), 197–203. doi:10.1192/bjp.bp.112.125369
- Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Torres, S., Lima, L., & Guerra, M. (2014). *Intervir em grupos na saúde*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado; a Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas
- Vieira de Campos, L. (2009). *Doença Mental e prestação de cuidados*. Lisboa: Universidade Católica Editora
- Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. 2ª Ed. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal
- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A.O., Alonso, J., Andrade, L.H., Angermeyer, M.,... Kessler, R.C. (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In G. Thornicroft, G. Szmukler, K. Mueser & B. Drake, *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp.50-66). New York: Oxford University Press
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. 1ªEd. Loures: Lusodidacta
- Weinberger, A. H., George, T. P., Perkins, K. A., & Chengappa, K. N. R. (2008). Effects of Topiramate on Smoking in Patients With Schizoaffective Disorder, Bipolar Type. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 28(2), 247–248. doi:10.1097/jcp.0b013e31816740cf
- Wood, M.M, Brendo, L.K, Fecser, F.A, & Nochols, P. (1999). *Psychoeducation: An Idea Whose Time Has Come*. Richmond, VA: The Council for Children with Behavioral Disorders.



- World Health Organization (2014). *Mental health: a state of well-being*. Acedido a 27 de Novembro de 2018 em: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
- World Health Organization (2018). *Schizophrenia*. Acedido a 27 de Novembro de 2018 em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Wright, L., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias - Um guia para avaliação e intervenção na família*. 4ªed. São Paulo: Roca.
- Wunderink, L., Nieboer, R.M., Wiersma, D., Sytema, S., & Nienhuis, F.J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: Long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 70 (9), 913-920. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.19
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 19. doi:10.1186/1752-4458-7-19
- Yacubian, J., & Neto, F.L. (2001). Psicoeducação familiar. *Família, Saúde & Desenvolvimento*, 3(2), 98-108. doi: 10.5380/fsd.v3i2.5047
- Yank, G.R., Bentley, K.J., & Hargrove, D.S (1993). The vulnerability- stress model of schizophrenia: Advances in psychosocial treatment. *Amer J Orthopsychiatry*, 63 (1), 55-69. doi: 10.1037/h0079401
- Yung, A. R., & McGorry, P. D., (1996). The Prodromal Phase of First-episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353–370. doi:10.1093/schbul/22.2.353
- Yura, H. & Walsh, M. (1978). *The Nursing Process*. New York: Appleton-Century-Crofts
- Zubin, J., Spring, B. (1977). Vulnerability -A New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103-126. doi: 10.1037/0021-843X.86.2.103

## APÊNDICES

## **APÊNDICE 1**

Síntese dos artigos selecionados para a RSL

<u>Autores e Ano</u>	<u>País</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Participantes</u>	<u>Tipo de Intervenção e Local</u>	<u>Método e Análise Dados</u>	<u>Conclusões autores</u>
<b>A.</b> (Petrakis, Bloom, & Oxley, 2014)	Austrália	Clarificar quais os benefícios e barreiras à participação num grupo de cuidadores de pessoas com primeiro episódio psicótico e resposta suas às necessidades	12 Familiares cuidadores que foram encaminhados para o grupo e/ou participaram no grupo, 8 profissionais de saúde: gestores de caso e profissionais de saúde facilitadores do grupo	Grupo “Journey to Recovery”, intervenções psicoeducativas multifamiliares-clínicas comunitárias do Serviço de Saúde Mental	Entrevista semi-estruturada com 7 questões qualitativas sobre sugestões/criticas acerca do grupo – Análise temática: codificação de temas e conceitos	O conhecimento adquirido no grupo foi importante para os cuidadores e os benefícios que se destacam são: redução do isolamento; noção de experiência coletiva; oportunidade de expressar livremente os sentimentos e ser ouvido, redução do estigma, aumento conhecimentos, aumento capacidades no apoio à pessoa com doença mental. As barreiras à Participação identificadas são: compromissos familiares e laborais, desconforto com a situação social, em expressar emoções, em ouvir emoções de outras pessoas, questionar a aplicabilidade direta dos conteúdos em situações práticas, crença de que as vivências familiares são privadas. Os benefícios e barreiras identificadas foram alvo de reflexão por parte da equipa que dinamiza o grupo de apoio.
<b>B.</b> (Mentis et al., 2014)	Grécia	Comparar as características psicopatológicas demonstradas por familiares cuidadores de pessoas com psicose que participaram em grupos de apoio entre os familiares	510 Familiares Cuidadores de pessoas com psicose	Grupo de apoio estruturado com várias sessões - organizações não governamentais de Saúde Mental	Entrevistas clínicas com aplicação da Sympton Checklist 90-Revised (SCL-90-R) para avaliação das características psicopatológicas dos familiares cuidadores	A participação em grupos de apoio onde ocorre partilha de sentimentos e experiências ajudam os participantes a lidar com as exigências físicas e psicológicas associadas ao papel de cuidador. As estratégias de intervenção oferecidas contribuem positivamente para melhorar a qualidade de vida dos familiares e pessoas com psicose. Os familiares cuidadores que participaram no grupo de apoio, apresentaram menos características psicopatológicas comparativamente aos familiares cuidadores que não participaram.



		cuidadores de pessoas com psicose que não participaram				
<b>C.</b> (Petrakis, & Laxton, 2016)	Austrália	Avaliar a utilidade da intervenção psicoeducativa com as famílias e cuidadores de pessoas no primeiro episódio psicótico, implementada por uma enfermeira sénior com formação especializada em psicose precoce, no momento de admissão hospitalar	27 Familiares Cuidadores da Pessoa com primeiro episódio psicótico	Única sessão psicoeducativa no momento da admissão hospitalar com as famílias das pessoas no primeiro episódio psicótico  grupo de apoio para familiares e cuidadores – internamento do familiar com psicose em hospital	Entrevista qualitativa presencial e entrevista semi-estruturada de follow-up realizada por telefone com aplicação de questionário de 14 itens – Análise de dados pelo método de Ritchie, Spencer and O'Connor	No primeiro episódio psicótico os participantes requeem informação detalhada e apoio no momento da admissão hospital do seu familiar e dão feedback positivo acerca da utilidade da informação e materiais recebidos nas sessões. Os temas-chave na participação das sessões são: partilha de experiências e informações; sentimento impotência perante episódios psicóticos; pedido de mais intervenções psicoeducativas na comunidade após internamento; gratidão pela oportunidade de receber informações flexíveis e necessárias sobre episódio psicótico agudo.
<b>D.</b> (Day, Starbuck & Petrakis, 2017)	Austrália	Avaliar a utilidade de um programa psicoeducativo em grupo de um serviço público de saúde mental para adultos, dirigido às famílias de	17 familiares e amigos de pessoas com psicose em fase inicial	Grupo “Journey to Recovery”, intervenções psicoeducativas multifamiliares-Serviço público de saúde mental Australiano para adultos com vínculo a Programa	Questionário escala de Likert com 6 questões quantitativas ( <i>a paired t test</i> ) e 3 questões quantitativas (análise temática)	A dinamização de um Programa psicoeducativo para as famílias das pessoas psicose precoce contribui para a diminuição isolamento social, aquisição experiência coletiva, partilha de sentimentos e experiência, oportunidade de ser ouvido, aumento dos conhecimentos (conhecimentos sobre a psicose, recuperação, medicação, estratégias de prevenção de recaída e co-morbilidades do uso de substâncias para os participantes).

Intervenções Psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
com as Famílias das Pessoas com Psicose|

		peças com psicose precoce		psicoeducativo desenvolvido em Hospital e clínica comunitária		
E. (Nilsen, Frich, Fris & Røssberg, 2013)	Noruega	Conhecer a ex- periência dos familiares e das peças com psicose acerca dos diferentes elementos das intervenções psicoeducativas familiares	12 peças que vivenciaram primeiro episódio psicótico e 14 familiares	Intervenções psicoeducativas unifamiliares e multifamiliares – Hospitais do Sul da Noruega	Entrevistas qualitativas semiestruturadas – análise de dados pelos princípios de condensação de texto	Os participantes destacaram da sua experiência de intervenções psicoeducativas familiares 6 temas principais: aliança, suporte, ansiedade e tensão, conhecimento e aprendizagem, tempo e estrutura. Os líderes do grupo devem avaliar a ansiedade das peças com psicose antes e durante as intervenções e considerar as diferentes necessidades dos participantes quanto ao tempo, estrutura das intervenções a implementar e a sintomatologia psicótica apresentada.

## **APÊNDICE 2**

Resumo Artigo científico – As Intervenções Psicoeducativas de Enfermagem de Saúde Mental com as famílias de pessoas com psicose

## AS INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA COM FAMÍLIAS DE PESSOAS COM PSICOSE

### Resumo

**Contexto:** A vivência do primeiro episódio psicótico e da psicose em situação de cronicidade, acarreta sofrimento para a pessoa com doença mental bem como para o sistema familiar em que insere, exigindo o desenvolvimento de estratégias adaptativas para colmatar a necessidade de informação e apoio emocional.

**Objetivos:** Identificar quais os contributos da Intervenção Psicoeducativa implementada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com famílias de pessoas no primeiro episódio psicótico versus com famílias de pessoas com psicose; elaborar proposta de cuidado apresentando linhas orientadoras no apoio à família da população alvo.

**Métodos:** Revisão Sistemática da literatura sobre contributos de intervenções psicoeducativas para familiares de pessoas no primeiro episódio psicótico e pessoas com psicose. A pesquisa científica realizada decorreu na plataforma EBSCO, sendo selecionadas as bases de dados disponíveis, sendo incluída evidencia científica publicada entre Janeiro de 2014 e Janeiro 2019.

**Resultados:** A evidência científica reunida realça os ganhos em saúde que advêm da intervenção Psicoeducativa através de vários contributos: aumento de conhecimentos, redução do isolamento e estigma, diminuição de características psicopatológicas, aquisição de noção de experiência coletiva, mobilização de estratégias adaptativas e sentimento de pertença pela partilha de experiências idênticas.

**Conclusão:** Destacam-se os contributos que advêm das intervenções psicoeducativas implementadas com as famílias da pessoa com psicose, realçando o papel fulcral que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume através da mobilização de competências específicas do âmbito da coordenação, desenvolvimento e implementação de programas de Psicoeducação.

**Palavras-Chave:** Família, psicose, enfermagem, psicoeducação